

INDICE

INTRODUCCION.....	2
I. MARCO TEORICO.....	4
I.1 DEFINICION.....	4
<i>I.1.1 CONOCIMIENTO.....</i>	<i>4</i>
<i>I.1.2 PLANIFICACION FAMILIAR.....</i>	<i>8</i>
I.2 ANTECEDENTES HISTORICOS.....	8
I.3 EPIDEMIOLOGIA.....	9
I.4 DESCRIPCION DE LOS METODOS HORMONALES DE PLANIFICACION FAMILIAR.....	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
III. JUSTIFICACION.....	20
IV. HIPOTESIS.....	21
V. OBJETIVOS.....	22
VI. METODO.....	23
VI.1 DISEÑO DELESTUDIO.....	23
VI.2 OPERALIZACION DE VARIABLES.....	23
VI.3 CRITERIOS DE INCLUSION.....	25
VI.4 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	25
VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION.....	25
VI.6 UNIDAD DE INVESTIGACION.....	26
VI.7 LIMITE DE ESPACIO.....	26
VI.8 LIMITE DE TIEMPO.....	26
VI.9 DESARROLLO DEL PROYECTO.....	26
VII. RESULTADOS Y DISCUSION.....	27
VIII. CUADROS Y GRAFICAS.....	28
IX. CONCLUSIONES.....	56
X. RECOMENDACIONES.....	57
BIBLIOGRAFIA.....	58

INTRODUCCION

Se ha documentado ampliamente que el embarazo en edades tempranas, especialmente antes de los 18 años, pone en riesgo la salud de la madre, que los hijos de adolescentes (en circunstancias de pobreza y desnutrición) presentan mayor probabilidad de enfermar, comparados con los hijos de madres mayores de 20 años de edad en las mismas condiciones sociales. (1)

La salud sexual y reproductiva de la población adolescente se ha considerado, en México, como una prioridad de atención dentro del Plan Nacional de Salud 1995-2000. En México la tasa de fecundidad global descendió entre 1970 y el 2000 de 6 a 3 hijos por mujer. Sin embargo debido a la elevada proporción de población joven, la cantidad de mujeres en edad reproductiva se duplicó en el mismo periodo. Así, aunque la tasa de fecundidad de la población ha disminuido, la cantidad absoluta de nacimientos y la proporción de nacimientos que son producto de madres adolescentes se ha mantenido estable debido a la inercia de crecimiento poblacional. Los nacimientos que ocurrieron entre menores de 20 años de edad representaron 17.1% del total de nacimientos en 1995 y contribuyeron con 13.6% de la Tasa General de Fecundidad. (1)

En México, la fecundidad de las mujeres de 15 a 19 años ha descendido en forma acentuada en los últimos 30 años; según datos del Consejo Nacional de Población, se estimaban 130 nacimientos por cada 1000 mujeres adolescentes, cifra que descendió a 70 para el año 2000. (2)

La mayoría de los programas de planificación familiar se centran en la calidad de los servicios, pero es necesario identificar áreas en las que se pueda mejorar la funcionalidad de los métodos, como en el presente estudio, donde se incluye la participación de las mujeres de Calimaya, cuando están usando algún método. (3)

En el Marco Teórico se presentan, primero las definiciones de conocimiento y planificación familiar, salud reproductiva y métodos de planificación familiar que representan como tal la evolución de un concepto creado en 1988, y que son el punto clave de un tema muy solicitado y que ha tenido gran importancia en nuestro país.

Para la mejor comprensión de esta evolución conceptual y adentrarnos poco mas en el tema, continuaremos con un análisis del Marco Histórico de los métodos anticonceptivos hormonales, ya que es de especial importancia saber ¿Cómo ha progresado la ciencia en cuanto a la creación de métodos de planificación familiar?, ¿por qué se inicio el uso de métodos anticonceptivos?, ¿Qué fue lo que hizo que algunos métodos persistieran hasta la fecha y otros estén en desuso?, y, ¿Por qué se siguen utilizando aun a pesar de las religiones, las enfermedades, los mitos y tabúes de algunos de algunos de estos?

Posteriormente se presenta una visión global de la visión a la adaptación mundial y en especial mexicana a estos métodos hormonales de planificación familiar, los cuales también han ido

cambiando con el tiempo y los cambios poblacionales y de salud pública relacionados con el embarazo.

Por último en el marco teórico se describirán los métodos hormonales de planificación que según la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA 2-1993) son existentes en la actualidad dando principal énfasis a los utilizados por el Instituto de Salud del Estado de México.

Para finalizar se analizará la manera en que éste trabajo pretende ser realizado, demostrando las variables, el área de trabajo, los instrumentos, el área que se empleará para su realización y los objetivos que con éste trabajo se desean lograr.

I.MARCO TEÓRICO

I.1 DEFINICIÓN.

I.1.1 CONOCIMIENTO

La adquisición del conocimiento está en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc...) A medida que crece el conocimiento se da tanto el cambio cualitativo por haber en ello un incremento de reorganización del conjunto y de adquisición de los mismos.

ORIGEN DEL CONOCIMIENTO

El Racionalismo.

Plantea que el origen del conocimiento está en la razón, la cual es considerada como la fuente principal de éste, tal circunstancia determinada que esta posición sea considerada como exclusiva.

El Empirismo.

Considera que el origen está en la experiencia. Parte de los hechos concretos y es una posición cuyo origen se encuentra fundamentalmente en las ciencias naturales.

Intelectualidad.

Es una posición entre el racionalismo y el empirismo la cual considera el conocimiento como producto de la razón y la experiencia.

El Apriorismo.

Al igual que intelectualidad, es también una posición intermedia entre el racionalismo y el empirismo ya que considera la razón y a la experiencia frente del conocimiento.

CARACTERÍSTICA DEL CONOCIMIENTO

Su fin es alcanzar una verdad objetiva.

Es un proceso dialéctico basado en la contemplación viva sensación, percepción y representación.

Asimila el mundo circulante.

CLASIFICACIÓN DEL CONOCIMIENTO

Conocimiento Vulgar

Llamado conocimiento ingenuo, directo es el modo de conocer, de forma superficial o aparente las cosas o personas que nos rodean.

Es aquel que el hombre aprende del medio donde se desenvuelve, se transmiten de generación en generación.

Características del Conocimiento Vulgar

Sensitivo

Aunque parte de los acontecimientos el conocimiento se estructura con lo aparente, no trata de buscar relación con los hechos.

Superficial

No profundiza en el proceso de conocer y solo hace referencia a la simple observación sensorial.

Subjetivo

La descripción y aplicación de los hechos depende del capricho y arbitrariedad de quién los observes; por cuanto sus afirmaciones se sustenta en la realidad interna del que conoce y donde las opiniones, juicios, aptitudes y valores personales son los elementos que orientan su obtención o internalización.

Dogmático

Este sostiene en la aceptación táctica de actitudes corrientes o en nuestra propia suposición irreflexiva se apoya en creencias y supuestos no verificables o no verificados.

Estático

Los procedimientos para lograr los conocimientos se basan en la tenacidad y el principio de autoridad, carecen de continuidad e impide la verificación de los hechos.

Particular

Agota su esfera de validez en sí mismo, sin ubicar los hechos singulares en esquemas más amplios.

Asistemático

Porque la apariencia y conocimientos se organizan de manera no sistemática, sin obedecer a un orden lógico; Porque se da en forma aislada, sin conexión con otros elementos que le puedan servir de antecedentes o consecuentes.

Inexacto

Sus descripciones y definiciones son pocas precisas.

No acumulativo

La aplicación de los hechos es siempre arbitraria, cada cual emite su opinión, sin considerar otras ideas ya formuladas.

CONOCIMIENTO CIENTÍFICO

Llamado Conocimiento Crítico, no guarda una diferencia tajante, absoluta, con el conocimiento de la vida cotidiana y su objeto puede ser el mismo. Intenta relacionar de manera sistemática todos los conocimientos adquiridos acerca de un determinado ámbito de la realidad. Es aquel que se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por la cual se delimita a los objetos y se previenen los métodos de indagación. Es el método que nos permite satisfacer la necesidad de lograr un conocimiento verdadero.

Características del Conocimiento Científico

Racional

No se limita a describir los hechos y fenómenos de la realidad, sino que explica mediante su análisis para la cual elabora conjeturas, fórmulas, enunciados, conceptos, etc

Fáctico

Inicializa los hechos, los análisis y luego regresa a éstos.

Objetivo

Los hechos se describen y se presentan cual es, independiente de su valor emocional y de su modo de pensar y de sentir quien los observa. A pesar de estar basado también en la experiencia, es verificables por otros y concuerda con la realidad del objeto tal cual es y no como nosotros desearíamos que fuese.

Metódico

Responde a una búsqueda intencionada, obedeciendo a un planteamiento donde se utilizan procedimientos metódicos con pretensión de validez.

Auto-Correctivo o Progresivo

Es de esta forma porque mediante la lucha de las conjeturas sobre un hecho con la realidad y el análisis del hecho en sí, que se ajustan y rechazan las conclusiones.

General

Porque ubica los hechos singulares en puntas generales llamadas "Leyes". Se preocupa por lograr que cada conocimiento parcial sirva como enlace para alcanzar una comprensión de mayor alcance.

Sistemático

Ya que el conocimiento está constituido por ideas conectadas entre sí, que forman sistemas. Es adquirido por procedimientos metódicos y es organizado en su búsqueda y resultados, que tienden a la construcción de ideas racionalmente ordenadas dentro de una totalidad.

Acumulativo

Ya que parte del conocimiento establecido previamente y sirve de base a otro.

DIFERENCIA ENTRE CONOCIMIENTO VULGAR Y CIENTÍFICO

Conocimiento Vulgar

Este se adquiere por medio del azar.

No es verificable ni subjetivo. Está sujeto a nuestra experiencia y modo de sentir.

Es dogmático porque se apoya en creencias y respuestas no verificables.

Es inexacto, sin definiciones son pocos precisos.

Es subjetivo

Es vago sin definiciones.

Conocimiento Científico

Este se adquiere mediante la razón.

Es verificable, puede estar basado en la experiencia, pero se puede demostrar.

Es objetivo.

Es sistemático, se adquiere mediante el conocimiento acumulativo, porque sirve de base para otros entendimientos.

Es sistemático, porque se adquiere con procedimientos.

IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO VULGAR EN LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

El Conocimiento Vulgar sirve como puente para alcanzar una comprensión de mayor alcance, siendo el Conocimiento Científico superior al Conocimiento Vulgar este no es posible suponerlo sin el Conocimiento Vulgar.

I.1.2 PLANIFICACIÓN FAMILIAR

En 1898 Freud escribió: “teóricamente sería uno de los mayores triunfos de la humanidad si el acto responsable de la procreación pudiera ser elevado al nivel de una conducta voluntaria e intencional, y, de ésta manera, separarlo de lo imperativo de satisfacer el impulso natural” (7)

El concurso de las disciplinas sociales en el análisis y evaluación de estos programas amplió la visión del conocimiento de terrenos hasta entonces poco explorados, como equidad de género, derechos reproductivos, entre otros. La planificación familiar adquirió entonces la dimensión de Salud Reproductiva, cuya definición actual es: un estado general de bienestar físico, mental y social y no la mera falta de enfermedades en los aspectos relacionados con el aparato reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos, con la libertad de decidir cuándo y con qué frecuencia procrear. (2)

Otro concepto básico de éste estudio es el dado a los métodos anticonceptivos, definidos como aquellos que se utilizan para impedir la capacidad reproductora de un individuo o pareja temporal o permanentemente. (8)

I.2 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.

En el primer texto médico que se tienen noticia sobre la anticoncepción es el papiro de Petri, de 1850 a.C; donde figuraban ya algunas recetas anticonceptivas, se aconsejaba el uso de excremento de cocodrilo mezclado con una pasta y usado como pesario dentro de la vagina; otra receta consistía en la irrigación vaginal con miel y bicarbonato de sodio. (7)

La referencia bíblica más citada es el pasaje del Génesis, capítulo 38: “pero Onan, sabiendo que la prole no sería suya, cuando entraba en la mujer de su hermano dejaba caer la semilla en el suelo para no dar prole a su hermano”. (7)

En 1924 Kyusako Ogino y Hermann Knaus, sostienen la teoría moderna del periodo fértil, la cuál postula que el día de la ovulación corresponde al catorceavo día anterior a la menstruación. Desde 1869 Squiare tomó en cuenta la temperatura basal y notificó su descenso durante el periodo menstrual y su elevación durante el mismo. En 1926 Vander Velde estableció el método de temperatura en Alemania, el método basado en la secreción del moco de Dorairaj es una variante de la ovulación. (7)

En 1882 el doctor C.Hasse, comunico la primera descripción detallada del diafragma moderno. (7)

Van Leeuwenhook comenzó a desarrollar en 1677 los espermicidas, Spallanzi descubrió que el pH del semen disminuía al añadir vinagre y como consecuencia los espermatozoides perdían su eficacia. En 1885, el Ingles Walter Rendell desarrollo el primer ovulo anticonceptivo sobre una base de manteca de cacao y quinina. (7)

En Grecia Hipócrates fue el precursor del dispositivo intrauterina en el siglo IV a.C. ya que descubrió el efecto anticonceptivo que se deriva de la colocación de un cuerpo extraño en el interior del útero, método de los nómadas del desierto, que se utilizaban desde épocas remotas para evitar el embarazo en los animales durante sus travesías (les introducían piedras de rio). (7)

Fue en 1928 cuando Richter presento un autentico dispositivo intrauterino con un lazo de hilo de seda. En 1967 Zipper diseño la T de cobre, un dispositivo plástico con esa forma, en cuya brazo vertical esta enrollada una espiral de cobre. En 1970 Scomegan agrego progesterona a la rama transversa de la T, con lo que tuvo un mejor efecto anticonceptivo, además, de disminuir la perdida menstrual y la dismenorrea. (7)

En 1994 Russell E. Marker dio inicio a la producción de progesterona a partir de un compuesto llamado diosgenina, hallado en la raíz de una planta conocida como cabeza de negro, originaria de los ríos de Orizaba y Córdoba, en México, posteriormente, Gregory Pinkus realizo las pruebas clínicas y origino la primera píldora anticonceptiva, llamada Enovid 10. (7)

En 1880 Lungren efectuó el primer procedimiento de esterilización quirúrgica tras una operación cesárea. (7)

La primera descripción del condón fue en el siglo XVI, en la obra de italiano Gabriel Falopio, cuya pretensión fue lograr la protección contra la sífilis. En 1870 apareció el primer preservativo de caucho. En 1930 con el desarrollo del látex, se fabrica el nuevo preservativo más fino y solido. (7)

La vasectomía se inicio en 1930 con Sharp, pero fue en 1963 cuando Poffenberger documento 2000 casos de vasectomía voluntaria, efectuadas de 1956 a 1961, con reportes de excelentes resultados. (7)

I.3 EPIDEMIOLOGIA

El método de anticoncepción ha experimentado considerables incrementos, en 1973, solo 12% de las mujeres en edad fértil, unidas maritalmente usaban algún método anticonceptivo, para 1976

esta cobertura se incrementó a más del doble (30%), hasta alcanzar 52.7% en 1987. Para 1992 6 de cada 10 mujeres en edad fértil utilizaban algún método anticonceptivo para regular su fecundidad (63.1%). Dentro del sector salud en México se utilizaba una variedad de métodos anticonceptivos, los cuales para su uso dependen de factores personales como la edad el estado civil, número de hijos, las intenciones de procreación (espaciamiento o limitación de los embarazos) la frecuencia del coito, las relaciones de pareja, la influencia de otras personas en el proceso de decisión, la importancia que se conceda a la comodidad del método, el conocimiento de este por el usuario, y el grado de conformidad con la características físicas propias (9)

Como se ha mencionado, a partir de la promulgación en México de la Ley General de Población en 1974 – en la cual se estableció constitucionalmente el derecho de las parejas a decidir de manera libre e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, así como a tener acceso a medios para conseguirlo – se produjo un cambio notable en la difusión, oferta, aceptación y empleo de los métodos anticonceptivos modernos. En 1976, 30.2% de las mujeres en unión emplearon algún método de planificación familiar, cifra que se incrementó a 74.5% para 2003, de acuerdo con la encuesta socio demográfica, aunque debe hacerse notar que estos datos de encuestas nacionales se refieren a la prevalencia de uso para todos los grupos de edad. (2)

En la mayoría de países en desarrollo, los programas de planificación familiar surgieron como un intento por solucionar la necesidad de articular el crecimiento demográfico, con los recursos disponibles, para el desarrollo económico y social. De tal forma no sorprende que en los inicios del propio programa nacional de México (1977), los objetivos y metas tuvieran un énfasis marcado en la reducción del crecimiento poblacional. No obstante, su propia evolución fue poniendo de manifiesto las profundas interrelaciones entre la regulación de la fecundidad y las condiciones de salud de la población, particularmente del grupo materno infantil. En efecto, la identificación de que los embarazos en edades extremas de la vida reproductiva, el número excesivo de estos, el corto intervalo intergenesico entre ellos y su ocurrencia en presencia de patología y condiciones desfavorables preexistentes, incrementaban los daños a la salud materna y perinatal, permitió concebir a la planificación familiar como un valioso recurso para mejorar las condiciones de bienestar general de uno de los grupos más vulnerables de la población. (2)

El uso de anticoncepción en la década de los sesentas y setentas tuvo carácter demográfico, en la actualidad se utiliza con el enfoque de riesgo reproductivo, para reducir la mortalidad materna y perinatal, al espaciar los embarazos e identificar aquellos casos de alto riesgo mediante una adecuada consejería perinatal, siempre con el fin de potenciar una atención prenatal cuidadosa y fomentar la cultura de auto cuidado de la salud. (1)

Se sabe, además, que hay una asociación estadística entre maternidad temprana y baja escolaridad. Se ha señalado que en la fecundidad total el peso relativo de los nacimientos de madres jóvenes es más elevado en los grupos de menor escolaridad y las áreas rurales”. Se argumenta que el embarazo en la etapa escolar las hace proclives a abandonar la escuela, aunque también se ha demostrado que es el abandono de la escuela por situaciones económicas lo que

condiciona la maternidad precoz. Además, el embarazo cuando no es deseado representa mayor riesgo social, tanto para la madre como para la progenie.

Se documentó en México, alrededor de los años 90, que el inicio de vida sexual ocurría en promedio -entre los hombres- a los 16 años y -ente las mujeres a los 19 años. Se ha observado que mientras la edad de inicio de vida sexual activa se registra a edades más tempranas, la edad del matrimonio se ha postergado. De esta manera el lapso de fecundidad no marital se ha incrementado. (1)

Se entiende por Planificación Familiar. “el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos”. (10)

En México, durante las últimas décadas, se han realizado grandes esfuerzos por mejorar la salud reproductiva, lo que contribuye a disminuir los embarazos no planificados, la tasa de fecundidad y la tasa de mortalidad materno-infantil entre otros, de tal manera que el Programa Nacional de Salud 2001-2006 señala que: “el desarrollo económico, el bienestar social, la estabilidad política y la seguridad nacional dependen de la salud de la población”. (10) Motivo por el cual el mensaje principal del Programa Nacional de Salud y los retos que persiste en la actualidad, son la equidad, la calidad y la protección financiera, por lo que en éste programa se planearon cinco objetivos principales:

- Mejorar las condiciones de salud de los mexicanos
- Abatir la desigualdad en salud
- Garantizar un servicio adecuado en los servicios públicos y privados de salud
- Asegurar la justicia en el financiamiento de salud, particularmente las instituciones publicas
- Fortalecer al sistema de salud, en particular las instituciones públicas. (11)

La mortalidad materna y neonatal son 2 de los indicadores mas importantes de desigualdad social y de inequidad de genero en nuestro país, por lo que una de las estrategias sustantivas de este programa fue un “Arranque Parejo para la Vida”, a traves de acciones que incluyen se permita asegurar una atención prenatal adecuada y un parto sin complicaciones, así como el crecimiento y desarrollo de niños y niñas con igualdad de oportunidades , desde su nacimiento hasta los 2 años de vida, entre otros objetivos, motivo por el cual la planificación familiar es un factor imprescindible para cumplir con ambas metas; así como para cumplir el compromiso de disminuir 30% de la mortalidad materna y 25% de la mortalidad neonatal con relación al registro en el año 2000, ya que el periodo intergenesico corto es un factor importante para complicaciones perinatales maternas y fetales. (11)

Se cuenta con el respaldo de la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar (NOM-005 SSA2-1993) en la cual se menciona que: “la planificación familiar se ofrece con carácter prioritario en el marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio

del derecho de toda persona para decidir libre, responsable e informada sobre el numero y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad". (10)

I.4 DESCRIPCION DE LOS METODOS HORMONALES DE PLANIFICACION FAMILIAR

Los factores que influyen en lo apropiado de cualquier método anticonceptivo incluyen la seguridad y eficacia relativas del método para el individuo, la frecuencia y aceptación de sus efectos secundarios, el deseo y la capacidad de usar el método de manera correcta y constante, el costo y los aspectos religiosos y culturales que supone aceptar el método. Otros factores incluyen la frecuencia del coito, la duración deseada del retraso del embarazo, el impacto de la lactancia sobre el producto y cualquier posible efecto del método sobre la fecundidad futura. Además muchas mujeres tiene el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, entre ellas el VIH; de igual manera, la necesidad de doble protección contra el embarazo y dichas infecciones son un aspecto de gran importancia para ellas. (12) Sin contar con la seguridad que brindan estos métodos, es decir la relación que tienen con propiciar o prevenir ciertas enfermedades y el costo de las mismas, siendo la esterilización y los métodos de acción prolongada los menos costosos a largo plazo. (13)

Métodos hormonales orales

Los hay de dos tipos:

- Combinaciones de estrógeno y progestina, y
- Los que solo contiene progestina.

Son el método más popular y eficaz en los Estados Unidos, siendo utilizado hasta en un 85% de las pacientes en edad reproductiva. Comparten beneficios adicionales, como la disminución de riesgo de cáncer de endometrio (50%) y ovario (40%) y una incidencia de afección benigna de la mama y también de la enfermedad inflamatoria pélvica y embarazo ectópico. Se observa una mejoría de las molestias relacionadas con las menstruaciones (menorragia, dismenorrea) e incluso mejora los síntomas de endometriosis con el uso continuo de píldoras a dosis bajas, también induce mejoría en los síntomas de la artritis reumatoide, aumento de la densidad ósea, protección contra la aterosclerosis y una disminución pequeña de la incidencia de quistes funcionales de ovario. (14)

Hormonales orales combinados de estrógeno con progestina

Brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%

Las dosis diarias recomendables no deben exceder 35 microgramos de etinil estradiol o 50 microgramos de mestranol.

Farmacodinamia: Efecto estrogénico: previene la ovulación al inhibir la secreción de hormona estimulante del folículo mediante efectos hipotalámicos e hipofisarios. Efecto progestágeno: impide la ovulación al inhibir la secreción de hormona luteinizante y alterando la secreción mucosa cervical, tornando el moco grueso, viscoso y escaso, que imposibilita el transporte de espermatozoides. Además altera la motilidad de útero y trompas de Falopio y modifica el endometrio por disminución de la producción de glucógeno. (14)

Indicaciones: Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o gomas en las siguientes circunstancias:

Antes del primer embarazo, en el intervalo intergenésico, en postaborto inmediato y en postparto o postcesarea y , después de la tercera semana si la mujer no esta lactando. (2)

Contraindicaciones: están contraindicados en lactancia en los primeros 6 meses postparto, embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo: trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, ictus, insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica y reumática; tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos de cualquier etiología, enfermedad hepática aguda o crónica activa; durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes, hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras mayores de 35 años de edad, hipertensión arterial, diabetes mellitus no controlada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal y alteraciones de la coagulación. (2)

Efectos colaterales: algunas mujeres pueden presentar: cefalea, náuseas, vomito, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual. ()

Hormonales orales que solo contiene progestina.

Eficacia: este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%. (2)

Farmacodinamia: actúa principalmente de las siguientes maneras:

- Haciendo que el moco cervical se vuelva demasiado espeso, evitando que los espermatozoides lleguen al útero.
- Suprimiendo la ovulación. (esto no ocurre en todos los casos). (2)

Además altera la motilidad de las trompas de Falopio retardando el movimiento del ovulo hacia el útero) y hacen que el endometrio tenga menos vasos sanguíneos y que por lo tanto no este preparado para que se implante un ovulo fecundado. (15)

Indicaciones: indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o gomas, en las

siguientes circunstancias: antes del primer embarazo inclusive, cuando el uso de estrógenos este contraindicado, en el intervalo, en el postparto o postcesarea, con o sin lactancia y cuando se desee anticonceptivos orales y en el postaborto inmediato. (2)

Contraindicaciones: embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix, tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos, enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes, hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante o migraña focal. (2)

Efectos colaterales: algunas mujeres pueden presentar: irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea), cefalea y mastalgia. (2)

Métodos hormonales inyectables.

Son métodos temporales de larga acción y se dividen en 2 grupos: los combinados de estrógeno y progestina, y los que contienen solo progestina. (2)

Hormonales inyectables combinados, que contienen estrógeno y progestina.

El estrógeno se incorporo principalmente para mejorar la regularidad del ciclo menstrual. Hoy en día se reconoce que los estrógenos tienen efectos muy favorables en el metabolismo lipidico y en la función cardiovascular. (16)

Efectividad anticonceptiva: este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% (2)

Indicaciones: indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes , que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenesico, en postaborto, o postcesarea, después dela tercera semana si la mujer no esta lactando. (2)

Contraindicaciones: lactancia en los primeros 6 meses postparto, embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix, tener o haber tenido tumores, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática , tener o haber tenido tumores hepáticos malignos o benignos, tener enfermedad hepática aguda o crónica activa, durante la administración de rifampicina o anticonvulsivantes, hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fumadoras de mas de 35 años de edad, hipertensión arterial , diabetes mellitus descontrolada, migraña focal, leiomiomatosis uterina, insuficiencia renal o alteraciones de la coagulación. (2)

Los anticonceptivos frenan la producción de leche materna, puede ser que los inyectables con estrógeno, a pesar de que tienen una dosis mas baja que las pastillas, surtan este mismo efecto, aunque esto esta por estudiarse. (16)

La coagulación sanguínea y la fibrinólisis esencialmente se normalizan a las tres semanas postparto (y se aproximan a la normalidad después de las primeras dos semanas posparto). Los

anticonceptivos inyectables combinados tienen efectos mínimos sobre la coagulación, en el periodo inmediato postparto puede haber un aumento en el riesgo de tromboembolia venosa, pero este es menor que con los anticonceptivos orales combinados durante este periodo. (17)

El sangrado prolongado o profuso en las usuarias de anticonceptivos hormonales combinados inyectables o de inyectables de progestágeno solo, puede manejarse mediante la estabilización del endometrio con dosis incrementadas de estrógeno, o mediante la utilización de ibuprofeno o algún otro antiinflamatorio no esteroideo, que bloquean la síntesis de prostaglandinas y por ende disminuyen el sangrado uterino. (18)

Duración de la protección anticonceptiva: la protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. (2)

Efectos colaterales: algunas mujeres pueden presentar irregularidades menstruales, cefalea, náusea, vómito, mareo, mastalgia y aumento del peso corporal. (2)

Hormonales inyectables que solo contienen progestina

Farmacocinética:

- Suprimen la ovulación al enviar una señal de retroalimentación negativa a la hipófisis y bloquear así la liberación de hormona estimulante del folículo y de la hormona luteinizante.
- Hacen que el moco cervical sea muy denso evitando así que los espermatozoides lleguen al útero.

Además los anticonceptivos solo de progestina hacen que el endometrio tenga menos vasos sanguíneos y que por tanto no este preparado para la implantación del ovulo fecundado, estos anticonceptivos al evitarla proliferación endometrial, la amenorrea es frecuente después de usar estos aproximadamente un año. (15)

Efectividad anticonceptiva: bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99% (2)

Indicaciones: indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias: antes del primer embarazo, en el intervalo intergenesico, en postaborto, o postcesarea, con o sin lactancia que deseen un método inyectable. (2)

Contraindicaciones: embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido tumores hepáticos malignos o benignos, cáncer de cérvix o mamario y durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes; hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, depresión importante, migraña focal, mujeres que

deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses tras la suspensión del anticonceptivo y alteraciones de la coagulación. (2)

Duración de la protección anticonceptiva: la protección anticonceptiva de enantato de noretindrona se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada. La protección anticonceptiva del acetato de medroxiprogesterona de depósito, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada. (2)

Estos anticonceptivos son efectivos en hacer el moco cervical más denso, a las 24 horas de la inyección. Por tanto si se usan después del día 7 del ciclo menstrual, es recomendable utilizar un método de respaldo o la abstinencia sexual, hasta por 7 días. (15)

Tras discontinuar el acetato de medroxiprogesterona de depósito, aproximadamente 505 de las mujeres conciben en 7 meses8es decir 10 meses después de la última inyección). (15)

Efectos colaterales: algunas mujeres pueden presentar irregularidades menstruales, amenorrea, cefalea, mastalgia y aumento de peso. (2)

Los anticonceptivos hormonales inyectables u orales son el mejor método a utilizar antes del primer embarazo. (3)

Método hormonal subdermico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdermicamente y que libera continua y gradualmente una progestina sintética, levornogestrel, liberan alrededor de 30 microgramos diarios. (2)

Farmacodinamia: bloquea la ovulación por supresión del pico ovulatorio de la hormona luteinizante, provoca cambios físicos y químicos del moco cervical que dificultan el paso de espermatozoides a través del cuello del útero y desarrolla una insuficiencia lútea. (2)

Efectividad anticonceptiva: bajo condiciones estándar de uso brinda protección anticonceptiva de más del 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (96.5% a los 5 años de uso). (2)

Indicaciones: apropiado para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva, particularmente para las que deseen protección anticonceptiva prologada, pero que quisieran tener otro hijo en el futuro o que no deseen someterse a procedimientos quirúrgicos de esterilización; especialmente adecuado para quienes no desean tomar estrógenos o no pueden utilizar un dispositivo intrauterino, anticonceptivos orales o inyectables. (19)

Contraindicaciones: embarazo o sospecha de embarazo, tener o haber tenido cáncer de mama o cérvix, tumores benignos o malignos del hígado, enfermedad hepática aguda o crónica activa y durante la administración de rifampicina o anticonvulsivantes, hemorragia uterina anormal de etiología no determinada, fracaso renal, isquemia miocárdica, depresión importante, migraña;

puede ser menos efectivo en personas de mas de 70 kilos de peso. Los malos antecedentes obstétricos y el periodo intergenesico corto los encontramos como factores de riesgo de indicación del método, constituye un factor de riesgo preconcepcional. (18)

Duración de la protección anticonceptiva: hasta cinco años después de la inserción. (2)

Efectos colaterales: algunas mujeres pueden presentar: hematoma en el área de aplicación, infección local, dermatosis, irregularidades menstruales (hemorragias, manchado por tiempo prolongado o amenorrea), cefalea y mastalgia. (2)

Acerca de la evolución del peso, en otros trabajos consultados se ha encontrado como lo más frecuente un aumento de hasta de 5kg. (18)

Entre las causas que motivaron los retiros, la principal fue el sangrado intermenstrual, por cefalea y la tercera causa de retiro fue la amenorrea. (18)

Dispositivo intrauterino Mirena

Mirena es un sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU-LNG), consiste en un pequeño sistema de plástico en forma de T llamado Endoceptivo que es insertado dentro de la cavidad uterina, su tamaño es de 3,2 por 3,2 cm y tiene una apariencia muy parecida a la de un dispositivo intrauterino (DIU). (23)

Farmacodinamia: Sobre su brazo vertical presenta una cápsula que contiene 52 mg de levonorgestrel, similar a la progesterona y que se encuentra en algunas de las pastillas anticonceptivas. Esta hormona es liberada dentro de la cavidad uterina en pequeñas cantidades durante un período de 5 años y es aquí, en forma local, donde ejerce su acción. (23)

Ejerce efectos anticonceptivos combinados, ya que hace más espeso el moco cervical e inhibe la motilidad y función del esperma dentro del útero y las trompas de Falopio, lo cual previene la fertilización. Además en algunas mujeres se inhibe la ovulación. Por último también se presenta una leve reacción a cuerpo extraño. (23)

Evita que el endometrio responda al estradiol circulante, independientemente de la función ovárica y es gracias a esta supresión endometrial que logra una menor pérdida sanguínea menstrual. (23)

La potente supresión endometrial causada por Mirena protege contra la hiperplasia endometrial inducida por la terapia hormonal con estrógenos solos. (23)

Efectividad anticonceptiva: Es un anticonceptivo altamente confiable. Su eficacia es comparable a la de la esterilización femenina aunque reversible y con la ventaja de ser fácil y conveniente de usar. A diferencia de los anticonceptivos orales, la eficacia no se ve afectada por el cumplimiento de la paciente. (23)

Indicaciones: apropiado para la mayoría de las mujeres en edad reproductiva, particularmente para las que deseen protección anticonceptiva prologada, pero que quisieran tener otro hijo en el futuro o que no deseen someterse a procedimientos quirúrgicos de esterilización; especialmente adecuado para quienes no desean tomar estrógenos, anticonceptivos orales o inyectables. (23)

Contraindicaciones: Embarazo o sospecha del mismo; enfermedad inflamatoria pélvica actual o recurrente; infección del tracto genital inferior; endometritis posparto; aborto infectado en los últimos tres meses; cervicitis; displasia cervical; neoplasia uterina o cervical; tumores progestágeno dependientes; hemorragia uterina anormal no diagnosticada; anomalía uterina congénita o adquirida incluyendo miomas si distorsionan la cavidad del útero; estados asociados a un aumento de la susceptibilidad a las infecciones; enfermedad hepática aguda o tumor hepático; hipersensibilidad a los constituyentes del preparado.(23)

Duración de la protección anticonceptiva: hasta cinco años después de la inserción. (23)

Efectos colaterales: Migraña, Cefalea excepcionalmente severa, Ictericia, Aumento de la presión arterial, hemorragias irregulares, oligomenorrea, amenorrea, riesgo de perforación que puede incrementarse en inserciones posparto, embarazo ectópico. (23)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La planificación familiar tiene importantes consecuencias para la salud reproductiva de la población; contribuye a disminuir la morbimortalidad materna e infantil, mediante el espaciamiento de los embarazos, inicio tardío de la reproducción y su limitación en situaciones de riesgo para la salud de la mujer. (9)

La salud sexual y reproductiva implica, que las personas y las parejas puedan gozar plenamente de su sexualidad, libres de presiones, violencia, discriminación y enfermedades: decidir libre e informadamente el número y espaciamiento de sus hijos, disponer de medios seguros para lograrlo y que las mujeres cuenten con el apoyo social y familiar necesario para que sus embarazos y partos sean satisfactorios para ellas, sus parejas y sus hijos. (9)

El temor a presentar efectos secundarios y las molestias ocasionadas por los anticonceptivos son uno de los principales motivos por los que no se utilizan o se abandonan los métodos hormonales de planificación familiar, situación que en muchas ocasiones se vio favorecida por la falta de información que tenían las parejas. Se ha observado que las mujeres casadas que no practican la planificación familiar: no cuentan con suficiente información sobre los métodos anticonceptivos, temen a los efectos secundarios, cuando asisten a sus clínicas o centros de salud no disponen de

una adecuada oferta de métodos hormonales de planificación familiar o la calidad de la atención no es satisfactoria. (3)

Los programas de planificación familiar son desarrollados y patrocinados para ofrecer a la población un medio que le permita tener el número de hijos que desea y reducir, de esta manera, el número de embarazos no planeados, mejorando, por consecuencia la salud materno infantil y así lograr un mejor desarrollo económico y un impacto demográfico. (10)

Las proyecciones del Consejo Nacional de Población indican que poco más de diez millones de habitantes de entre 15 y 19 años representa 10.2% de la población total nacional. (2)

Las condiciones de la práctica anticonceptiva y de los niveles de fecundidad entre los adolescentes tienen importancia, no tanto por su impacto demográfico (relativamente menor) sino por sus repercusiones de orden social y de salud. (2)

En Calimaya se ha visto un bajo índice de ingresos a uso de métodos anticonceptivos hormonales, así como un alto índice de bajas, siendo que el personal del centro de salud de esta comunidad está capacitado en cuanto a su manejo y cuentan con los métodos anticonceptivos farmacológicos existentes en el ISEM, por lo que se plantea la siguiente pregunta:

¿Qué factores socioculturales influyen sobre el conocimiento tienen las mujeres en edad fértil pertenecientes al Programa Desarrollo Humano Oportunidades de Calimaya sobre los métodos hormonales de planificación familiar?

III. JUSTIFICACION

En las adolescentes y en mujeres añasas se dan con más frecuencia fenómenos desfavorables para la salud reproductiva ampliamente reconocidos: elevada frecuencia de embarazos no planeados, alta morbilidad y mortalidad materna etcétera. En consecuencia, analizar los factores socioculturales que influyen sobre el conocimiento sobre los métodos hormonales de planificación familiar que la población femenina en edad fértil de esta comunidad tiene, es condición indispensable para planear y desarrollar estrategias e intervenciones eficaces que mejoren las condiciones de salud y calidad de vida de las mujeres en este grupo etario y sus familias.

IV. HIPOTESIS

En la población femenina entre 12 y 49 años pertenecientes al programa Desarrollo Humano Oportunidades en el mes de noviembre de 2012 en Calimaya, Estado de México, el conocimiento que tienen sobre los métodos hormonales de planificación familiar, es influenciado en mayor grado por el analfabetismo.

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar qué factor sociocultural es el que más influye sobre el conocimiento que tiene sobre los métodos hormonales de planificación familiar la población femenina en edad fértil, perteneciente al programa Desarrollo Humano Oportunidades en noviembre 2012 en Calimaya.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar cuáles son los factores socioculturales que contribuyen a la utilización o no utilización de métodos hormonales de planificación familiar por mujeres en edad fértil en Calimaya.

Destacar los factores que influyen en las pacientes con el programa Oportunidades no usuarias, y con vida sexual activa, de los métodos hormonales de planificación familiar.

Determinar si las mujeres en edad fértil, inscritas al programa Desarrollo Humano Oportunidades, tienen conocimiento sobre los tipos de métodos hormonales de planificación familiar.

Determinar si las mujeres en edad fértil, inscritas al programa Desarrollo Humano Oportunidades, tienen conocimiento sobre las contraindicaciones de métodos hormonales de planificación familiar.

Determinar si las mujeres en edad fértil, inscritas al programa Desarrollo Humano Oportunidades, tienen conocimiento sobre las reacciones adversas a los métodos hormonales de planificación familiar.

VI. METODO

VI.1 DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo observacional, transversal, y descriptivo.

VI.2 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION TEORICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVELES DE MEDICIÓN	INDICADOR	ITEM
Conocimiento de los métodos hormonales de planificación familiar	Métodos hormonales de planificación familiar usados por parejas e individuos sexualmente activos para prevenir el embarazo.	Métodos hormonales que se manejan en ISEM y reconocidas por la OMS utilizadas por la población con finalidad de evitar el embarazo.	Cualitativa ordinal	Buena (3 o mas respuestas correctas) Regular (1-2 respuestas correctas) Mala (ninguna respuesta correcta)	25,26, 27,28
Grupo etario de la población femenina en edad fértil	Mujeres que se encuentran entre los 12 y 49 años de edad.	Mujeres que se encuentran entre los 12 y 49 años de edad, independientemente de su capacidad de reproducir o la actividad de su vida sexual	Cuantitativa Discreta	12 a-19 años 20-35 años 36-45 años	1
Tiempo de permanencia en el programa oportunidades	Estancia en un programa federal para el desarrollo humano de la población en pobreza extrema. Para lograrlo, brinda apoyos en educación, salud, nutrición e ingreso.	Mujeres que se encuentra dadas de alta en el programa que como una de sus actividades primordiales tiene la salud reproductiva	Cuantitativa Discreta	Menos de 2 años. De 2 años a 4 años. Mas de 4 años	2
Religión	Es un elemento de la actividad humana que suele componerse de creencias y practicas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y	Creencia de la persona que la orille a formarse un criterio y decidir sobre ciertas cosas tomando siempre en cuenta los principios	Cualitativa Nominal	Católica Evangélica Testigo de Jehová	5

	sobrenatural	básicos de la misma.		Ninguna	
Residencia aparte de la actual	Migración temporal o permanente en busca de mejores condiciones de vida.	Antecedente de cambio de domicilio fuera de Calimaya, mas de seis meses	Cualitativa. Nominal	Si No	7
Antecedentes laborales	Antecedente de haber laborado en alguna empresa. O haber tenido algún oficio remunerado.	Actividades que ha realizado fuera de su hogar siendo o no remuneradas y que le otorgan cierto grado de experiencia.	Cualitativa Ordinal	Si no	6
Escolaridad	Grado de instrucción con la que cuenta una persona.	Alfabetismo y grado de estudios con los que cuenta una persona.	Cualitativa Nominal	Alfabeta Analfabeta	4
Estado Civil	Situación de las personas determinada por aspectos de su situación familiar desde el punto de vista del registro civil.	Situación estable o inestable que tiene una persona con una pareja.	Cualitativa Nominal	Estable (soltera, unión libre mas de un año, casada, divorciada, viuda) Inestable (unión libre en tiempo menor a un año, separada)	3
Antecedentes Ginecobstetricos	Visión global de los datos de la paciente, lo que incluye: antecedentes menstruales, uso de anticonceptivos, antecedentes obstétricos y la historia sexual.	Características ginecológicas y obstétricas que difieren a cada mujer una de la otra y que les dan cierto grado de experiencia con respecto a la reproducción.	Cualitativa Nominal	Normales(total de respuestas contestadas con opción A, 3 o menos preguntas contestadas con opción B) Patológicos(más de 4 preguntas contestadas en opción B, cualquiera de las preguntas contestadas con opción C)	10,11, 12,13, 15,16,17.
Antecedentes de uso de anticonceptivos	características de la persona que utiliza o utilizaba algún método anticonceptivo.	Historial de las mujeres que utilizan o utilizaron alguna vez el método anticonceptivo.	Cualitativa Nominal	Si No	18,19, 20,21,22 23
Causa	Es la Facultad en virtud de la cual el ser humano puede discurrir.	Motivos o situaciones que orillan a la persona a adoptar o no cierta actividad.	Cualitativa Nominal	Propia (opciones A, B, C, E9) Ajena (opción D)	24
Control prenatal	Citas médicas con la finalidad de valoración medica durante el embarazo.	Serie de visitas al medico que tiene como finalidad vigilar el bienestar del feto y la madre y proporcionar	Cualitativa Nominal	Si No	9

		un parto y puerperio saludables.			
Conocimiento de contraindicaciones	El conocimiento es mas que un conjunto de datos, verdades o de información almacenada a través de situaciones específicas en las cuales NO se debe utilizar un medicamento, procedimiento o cirugía, ya que puede ser dañino para el paciente.	conocimiento sobre las situaciones en las que no se debe usar un método anticonceptivo	Cualitativa Ordinal	Suficiente escaso	29
Conocimiento de reacciones adversas a medicamentos	Una respuesta a un fármaco que es nociva e involuntaria que se produce a dosis utilizadas normalmente en el hombre para la profilaxis, diagnostico o tratamiento de una enfermedad o para la modificación de funciones fisiológicas	Conocimiento que tiene las pacientes sobre los efectos secundarios que pueden ocasionar los anticonceptivos.	Cualitativa Ordinal	Suficiente escaso	30, 31, 32
Conocimiento de complicaciones	Es un problema medico que se presenta durante el curso de una enfermedad o después de un procedimiento tratamiento	Conocimiento sobre las dificultades que agravan el estado de salud o la enfermedad de una persona que en este caso depende del uso de algún método de planificación familiar.	Cualitativa Ordinal	Suficiente escaso	33, 34 35,36

VI.3 CRITERIOS DE INCLUSION

Se incluyo a todas las mujeres que contaban con Oportunidades y que se encontraban entre los 12 y 49 años, no importando si eran analfabetas.

VI.4 CRITERIOS DE EXCLUSION

- Aquellas que no tenían la edad exacta, aun faltando o sobrando días para el periodo de edad estipulado.
- Las que no se encontraban en la comunidad, por causas de salud, estudio o trabajo el día de la aplicación del cuestionario.
- Las que por razones de salud mental, no pudieron participar en el estudio.
- Los cuestionarios que tuvieron respuestas doblemente seleccionadas, sin respuesta, o que en su defecto no tenían contestación en alguna pregunta fueron sacados del conteo general.

VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACION

La información se obtuvo por medio de un cuestionario (anexo11) que contiene preguntas simples y concisas, de opción múltiple referentes a los datos socioculturales, ginecoobstetricos y sobre los tipos, condiciones de uso, efectos adversos de los anticonceptivos, así como las complicaciones de un embarazo de alto riesgo.

VI.6 UNIDAD DE INVESTIGACION

Mujeres que estaban inscritas el programa Desarrollo Humano Oportunidades en el mes de noviembre del 2012, que se encontraban entre los 12y 49 años.

VI.7 LIMITE DE ESPACIO

Este estudio se realizo en Calimaya, Estado de México.

VI.8 LIMITE DE TIEMPO

De septiembre 2012 a noviembre 2012.

VI.9 DESARROLLO DEL PROYECTO

Se citara a las mujeres con 15 días de anticipación en el centro de salud Calimaya, siguiendo los criterios de inclusión y exclusión, se realizaran grupos de 5 personas para explicar la finalidad de la encuesta, las indicaciones de la misma y la importancia de la veracidad de los datos, así como para proporcionarles lápiz y goma, silla y mesa para contestar.

Posteriormente se proseguirá a aplicar el cuestionario, apoyando a mujeres analfabetas o a aquellas que no entiendan adecuadamente las preguntas o respuestas, cuidando el anonimato de los datos y agradeciendo su participación en la recopilación de información, daremos seguimiento a los criterios de exclusión y quedándonos con los cuestionarios adecuadamente requisitados, continuaremos con la tabulación de respuestas dividiendo por grupos de edad y de usuarias y no usuarias, proseguiremos con la realización de cuadros y graficas.

El diseño estadístico para el siguiente descriptivo se realizar usando la unidad de porcentaje para la representación y evaluación, en cada una de las variables finalizando con el análisis de los datos para poder obtener nuestras conclusiones y sugerir mejoras al manejo de los métodos anticonceptivos hormonales.

VII. RESULTADOS Y DISCUSION

Con base en los resultados podemos determinar que el conocimiento de los métodos hormonales de planificación familiar varía acorde a su religión, lugares previos de residencia, antecedentes laborales, escolaridad, estado civil, antecedentes ginecoobstétricos, uso previo de anticonceptivos, sin embargo el factor que más influye es el haber tenido antecedentes laborales. Por lo que la hipótesis propuesta que a la letra dice: “el factor que más influye sobre el conocimiento que tienen sobre los métodos hormonales de planificación familiar las mujeres en edad fértil de Calimaya, son los antecedentes laborales”, se comprueba.

Sin embargo hay varios factores que influyen sobre el conocimiento de los métodos hormonales de planificación familiar, por lo que se podría trabajar en ellos para incluir a más pacientes a algún método hormonal, ya que en total el 10.7% no saben que método desearían utilizar, y el 58.2% eligió un método hormonal. El 28.6% eligió como método de planificación familiar hormonales orales, el 17.9% dispositivo intrauterino hormonal, 9.3% hormonales inyectables, 2.4% parche anticonceptivo.

Las causas de no utilización de método hormonal de planificación familiar en mujeres que se encuentran en edad fértil del Programa Desarrollo Humano Oportunidades de Calimaya, fueron: no tener vida sexual activa (65.2%), flojera (19.2%), negativa del marido a utilizar un método de planificación familiar (9.2%), pena (4.2%) y miedo (2.1); ninguna refirió como causa de no utilización de un método de planificación familiar la religión. (Cuadro 4)

La causa principal de no utilización de métodos hormonales de planificación familiar de acuerdo a grupos de edad es: en el grupo de 12 a 19 años: 70 mujeres (92.1%) no tiene vida sexual activa, en mujeres de 20 a 35 años es 15 mujeres (48.4%) por flojera, y en el grupo de 36 a 49 años es por 18 mujeres (52.9%) que no tiene vida sexual activa. (Cuadro 4)

En cuanto al perfil de mujeres usuarias y no usuarias de métodos hormonales de planificación familiar las características de las mujeres usuarias que tuvieron mayor porcentaje son: 32 mujeres usuarias encuestadas se encuentran en el grupo etario de 36 a 49 años, 95.3% tiene más de 4 años inscritas en el Programa Desarrollo Humano Oportunidades, 75% casadas, 84.4% alfabetas, 89.1% católicas, 76.6% con antecedentes laborales, 76.6% siempre han vivido en Calimaya, 89.1% tiene vida sexual activa, 76.6% con antecedentes de control prenatal, 56.3% que tuvieron su primer embarazo antes de los 19 años, 43.8% que tuvieron de 3 a 4 embarazos, 51.6% más de 4 partos eutócicos y 56.2% con antecedentes de complicaciones obstétricas, 50.9% no egresaron del hospital con un método de planificación familiar, 70.2% no iniciaron el método de planificación

familiar los 6 meses posteriores al parto, 46.9% llevan mas de 6 años utilizando el método de planificación familiar y 35.95 se ha dado de baja al menos en una ocasión sin que la causa sea embarazo o ausencia de la pareja, pero si es importante comentar aquí que el 50% nunca se ha dado de baja. (Cuadros de 5 a 38)

Con respecto a las características de las mujeres no usuarias que tuvieron mayor porcentaje son: 31% de las mujeres encuestadas no son usuarias, 75 mujeres no usuarias se encuentran entre los 12 y 19 años, 81.6% con mas de 4 años inscritas en el programa Desarrollo Humano Oportunidades, 56% solteras, 88.6% analfabetas, 95.7% de religión católica, 51.8% sin antecedentes laborales, 89.4% siempre han vivido en Calimaya, 61.7% no tiene vida sexual activa, 78.7% con antecedente de control prenatal, 56.7% que no se han embarazado, 25.5% tuvieron su primer embarazo antes de los 19 años, el 15.6% que tuvieron de 3 a 4embarazos, 14.9% mas de 4 partos vaginales, 68.1% sin antecedentes de complicaciones obstétricas, 80.3% no egresaron del hospital con un método de planificación familiar, 70.5% no iniciaron el método de planificación familiar los 6 meses posteriores al parto, 58.8% de las pacientes que alguna vez han utilizado un método de planificación familiar lo han cambiado 2 ocasiones y el 76.4 % se han dado de baja al menos 1 ocasión sin que la causa sea embarazo o ausencia de la pareja. (Cuadros de 5 a 38)

En cuanto a la causa de no utilización de método hormonal de planificación familiar de las mujeres que tuvieron complicaciones obstétricas son. 44.4%flojera, 24.5% negativa del marido a utilizar el método de planificación familiar, 22.2% no tener vida sexual activa actualmente y 8.9% pena; no figuran miedo o religión como causas de no uso de métodos de planificación familiar; (cuadro 39)

El conocimiento de las contraindicaciones de los métodos hormonales de planificación familiar en las mujeres en edad fértil que se encuentran inscritas en el Programa Desarrollo Humano oportunidades es suficiente (85.4%). (Cuadro 41)

El conocimiento de las reacciones adversas de los métodos de planificación familiar en las mujeres en edad fértil que se encuentran en el Programa desarrollo Humano Oportunidades es escaso (86.3%). (Cuadro 42)

El conocimiento de las complicaciones que pueden resultar de embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años, de las mujeres en edad fértil que se encuentran inscritas en el Programa Desarrollo Humano Oportunidades es escaso (63.4%) (Cuadro 43)

VIII: CUADROS Y GRAFICAS

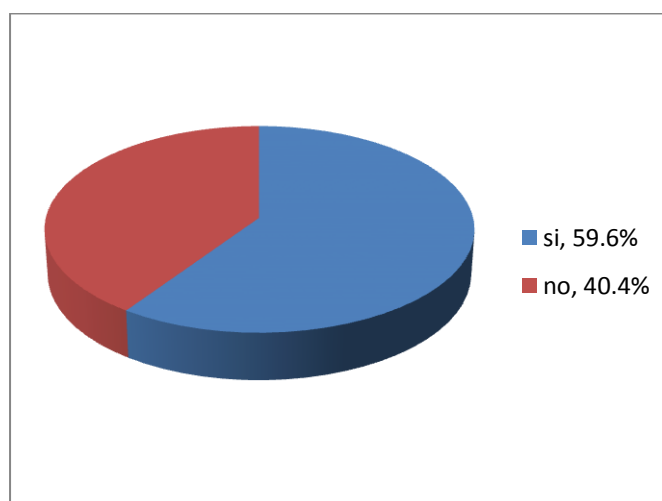
CUADRO NO. 1

Mujeres en edad fértil del Programa Desarrollo Humano Oportunidades de Calimaya en noviembre 2012 que no son usuarias de un método hormonal de planificación familiar pero que en un futuro desean utilizarlo.

OPCION	SI	NO	TOTAL
MUJERES NO USUARIAS	84	57	141
PORCENTAJE	59.6	40.4	100

Fuente: cuestionario

Grafica 1. Mujeres en edad fértil del Programa Desarrollo Humano oportunidades, que no son usuarias de un método hormonal de planificación familiar pero que en un futuro desean utilizarlo.



Fuente: Cuadro N.1

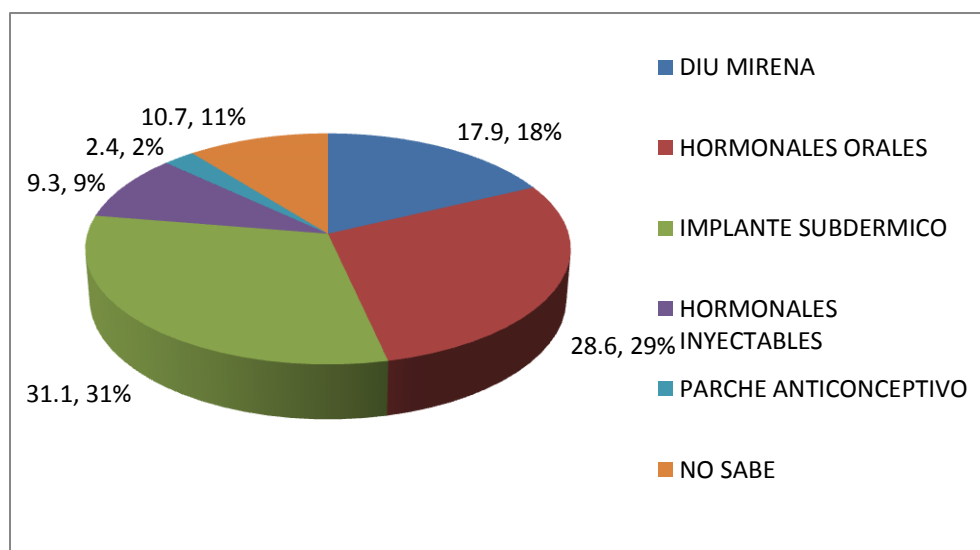
CUADRO NO. 2

Metodo de planificación familiar que las mujeres en edad fértil del Programa Desarrollo Humano Oportunidades de Calimaya en noviembre 2012, que no son usuarias de método hormonal de planificación familiar, desearían utilizar.

METODO QUE DESEARIAN UTILIZAR	DIU MIRENA	HORMONALES ORALES	IMPLANTE SUBDERMICO	HORMONALES INYECTABLES	PARCHE ANTICONCEPTIVO	NO SABE	TOTAL
NUMERO DE MUJERES	15	24	28	8	2	9	84
PORCENTAJE	17.9	28.6	31.1	9.3	2.4	10.7	100

Fuente: Cuestionario

Grafica 2. Metodo de Planificación Familiar que las mujeres en edad fértil del programa Desarrollo Humano Oportunidades de Calimaya en noviembre 2012, que no son usuarias, desearían utilizar.



Fuente: Cuadro N.2

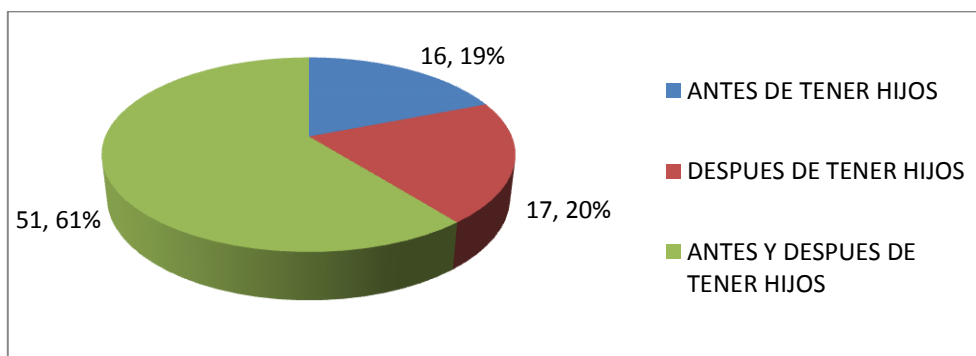
CUADRO NO. 3

Etapa de la vida en que desearían utilizar el método hormonal de planificación familiar las mujeres en edad fértil del programa Desarrollo Humano Oportunidades de la comunidad de Calimaya en noviembre 2012, que no están utilizando un método de planificación familiar.

ETAPA DE LA VIDA	ANTES DE TENER HIJOS	DESPUES DE TENER HIJOS	ANTES Y DESPUES DE TENER HIJOS	TOTAL
NUMERO DE MUJERES	16	17	51	84
PORCENTAJE	19.1	20.2	60.7	100.0

Fuente: cuestionario

Grafica 3. Etapa de la vida en que desearían utilizar el método hormonal de planificación familiar las mujeres en edad fértil del programa Desarrollo Humano Oportunidades, que no son usuarias pero que en un futuro desearían utilizarlo



Fuente: cuadro numero 3.

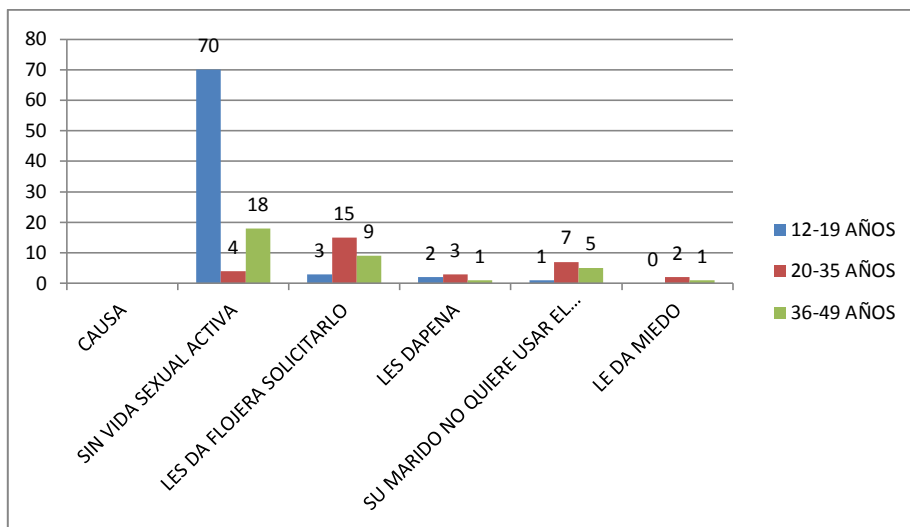
CUADRO NÚMERO 4.

Causa de no utilización de métodos de planificación familiar en mujeres en edad fértil del programa Desarrollo Humano Oportunidades de la comunidad de Calimaya en noviembre 2012.

EDAD CAUSA	12-19 AÑOS	20-35 AÑOS	36-49 AÑOS	TOTAL	PORCENTAJE
SIN VIDA SEXUAL ACTIVA	70	4	18	92	65.2
LES DA FLOJERA SOLICITARLO	3	15	9	27	19.2
LES DAPENA	2	3	1	6	4.3
SU MARIDO NO QUIERE USAR EL METODO	1	7	5	13	9.2
LE DA MIEDO	0	2	1	3	2.1
TOTAL	76	31	34	141	100

Fuente: cuestionario.

Grafica 4. Causa de no utilización de un método de planificación familiar de mujeres en edad fértil del programa Desarrollo Humano Oportunidades.



Fuente. Cuadro N. 4

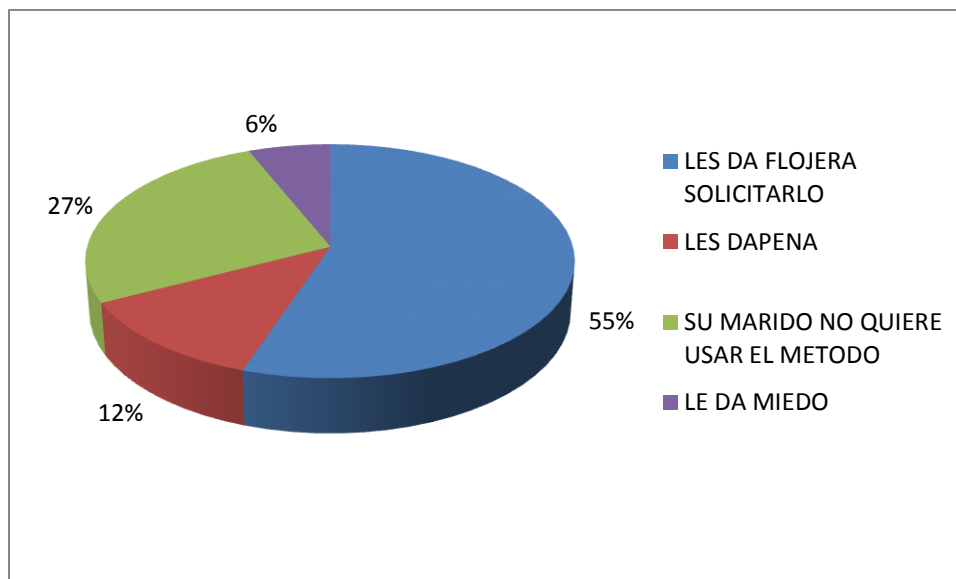
CUADRO NÚMERO 5.

Causa de no utilización de métodos hormonal de planificación familiar en mujeres en edad fértil con vida sexual activa del programa Desarrollo Humano Oportunidades de la comunidad de Calimaya en noviembre 2012.

EDAD CAUSA	TOTAL	PORCENTAJE
LES DA FLOJERA SOLICITARLO	27	55.1
LES DAPENA	6	12.2
SU MARIDO NO QUIERE USAR EL METODO	13	26.5
LE DA MIEDO	3	6.1
TOTAL	49	100

Fuente: cuestionario.

Grafica 4. Causa de no utilización de un método de planificación familiar de mujeres en edad fértil con vida sexual activa del programa Desarrollo Humano Oportunidades.



Fuente. Cuadro N. 4

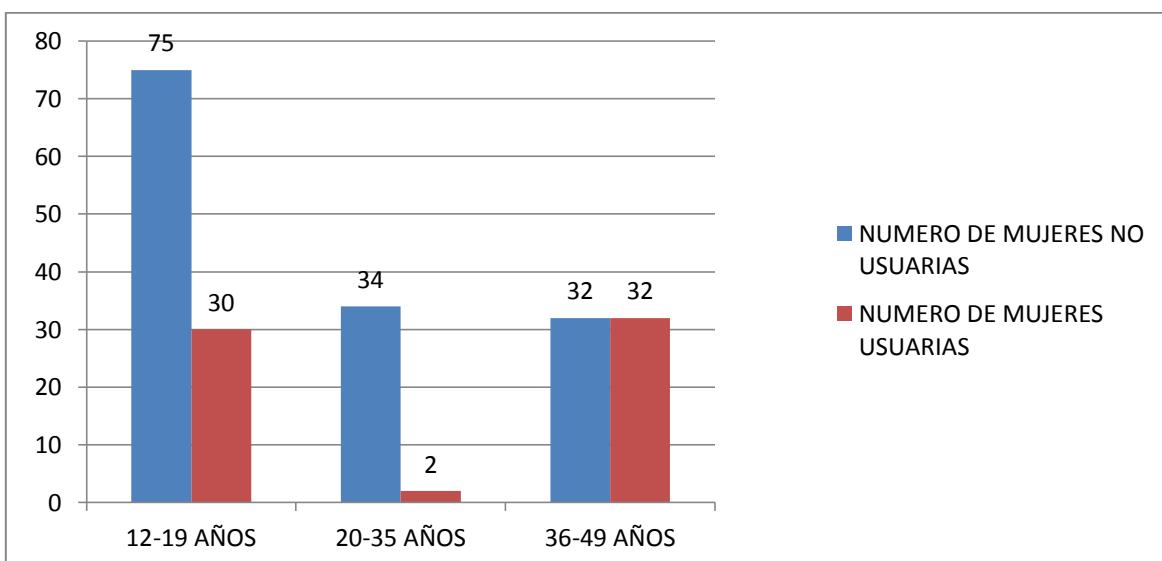
CUADRO N.6

Mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades de la comunidad de Calimaya en noviembre 2012, que son usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar.

EDAD	12-19 AÑOS	20-35 AÑOS	36-49 AÑOS	TOTAL	PORCENTAJE
NUMERO DE MUJERES NO USUARIAS	75	34	32	141	69
NUMERO DE MUJERES USUARIAS	30	2	2	64	31
TOTAL	105	36	64	205	100

Fuente: cuestionario

Grafica 6. Numero y edad de mujeres del programa desarrollo Humano Oportunidades, usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar.



Fuente: cuadro N.6

CUADRO N.7

Años de antigüedad en el programa Desarrollo Humano Oportunidades que tiene las mujeres en edad fértil, que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

AÑOS	MENOS DE 2	DE 2 A 4	MAS DE 4	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	5	21	115	141
PORCENTAJE	3.6	14.8	81.6	100

Fuente: cuestionario

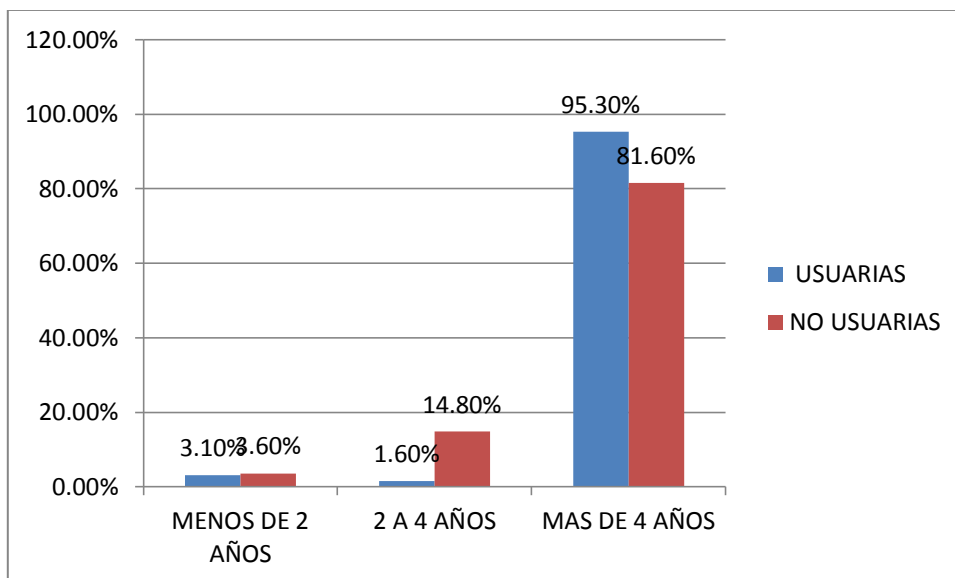
CUADRO N.8

Años de antigüedad en el programa desarrollo Humano Oportunidades, que tiene las mujeres en edad fértil que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

AÑOS	MENOS DE 2	DE 2 A 4	MAS DE 4	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	2	1	61	64
PORCENTAJE	3.1	1.6	95.3	100

Fuente: cuestionario

Grafica 7. Años de antigüedad en el programa Desarrollo Humano Oportunidades que tienen las mujeres en edad fértil.



Fuente: cuadro N.7 y cuadro N.8

CUADRO N.9

Estado civil de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ESTADO CIVIL	SOLTERA	UNION LIBRE DE 1 AÑO	UNION LIBRE MAS DE 1 AÑO	CASADA	SEPARADA	DIVORCIADA	VIUDA	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	79	3	8	44	5	0	2	141
PORCENTAJE	56	2.1	5.7	31.2	3.6	0	1.4	100

Fuente: cuestionario

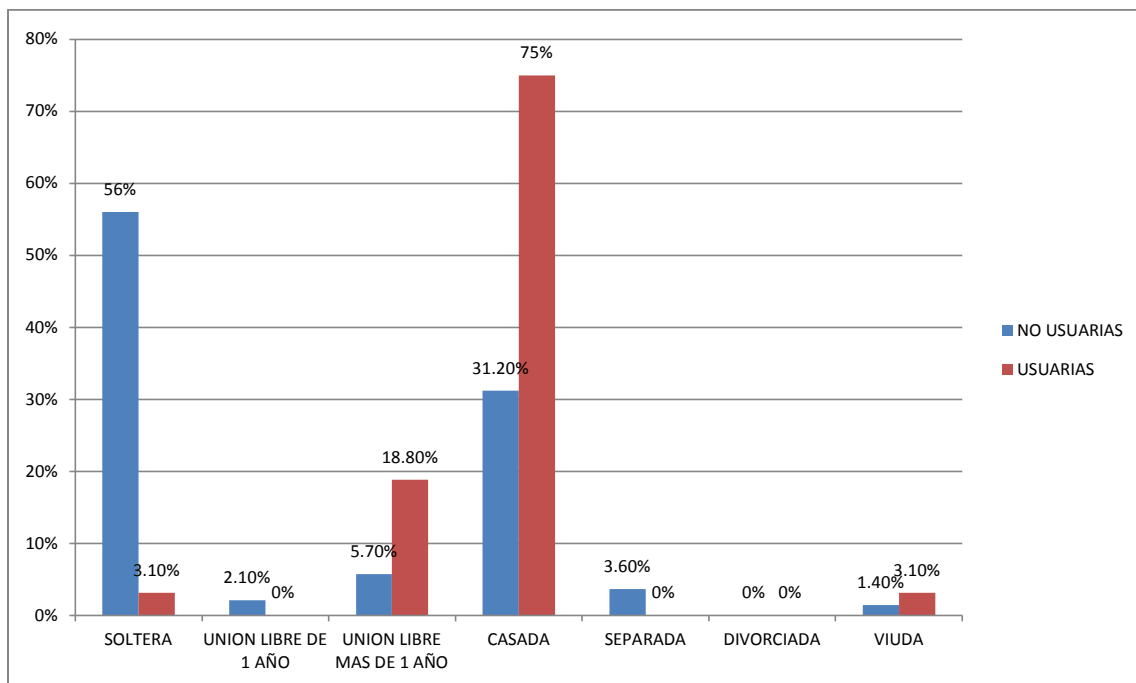
CUADRO N.10

Estado civil de las mujeres del programa Desarrollo Humano oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ESTADO CIVIL	SOLTERA	UNION LIBRE DE 1 AÑO	UNION LIBRE MAS DE 1 AÑO	CASADA	SEPARADA	DIVORCIADA	VIUDA	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	2	0	12	48	0	0	2	64
PORCENTAJE	3.1	0	18.8	75	0	0	3.1	100

Fuente. Cuestionario

Grafica 8. Estado civil de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N.9 y cuadro N.10

CUADRO N. 11

Alfabetismo de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ALFABETISMO	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	16	125	141
PORCENTAJE	11.3%	88.6%	100%

Fuente: cuestionario

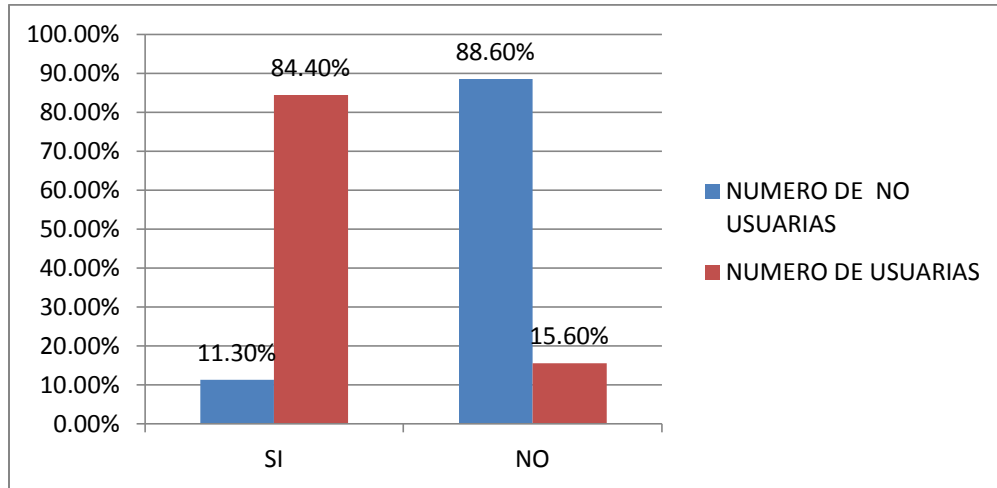
CUADRO N. 12

Alfabetismo de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ALFABETISMO	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	54	10	64
PORCENTAJE	84.4%	15.6%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 9. Alfabetismo de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N. 11 y N. 12

CUADRO N. 13

Religión de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

RELIGION	CATOLICA	EVANGELICA	TESTIGO DE JEHOVA	NINGUNA	TOTAL
NUMERO DE MUJERES NO USUARIAS	135	1	0	5	141
PORCENTAJE	95.7%	0.7%	0%	3.6%	100%

Fuente: cuestionario

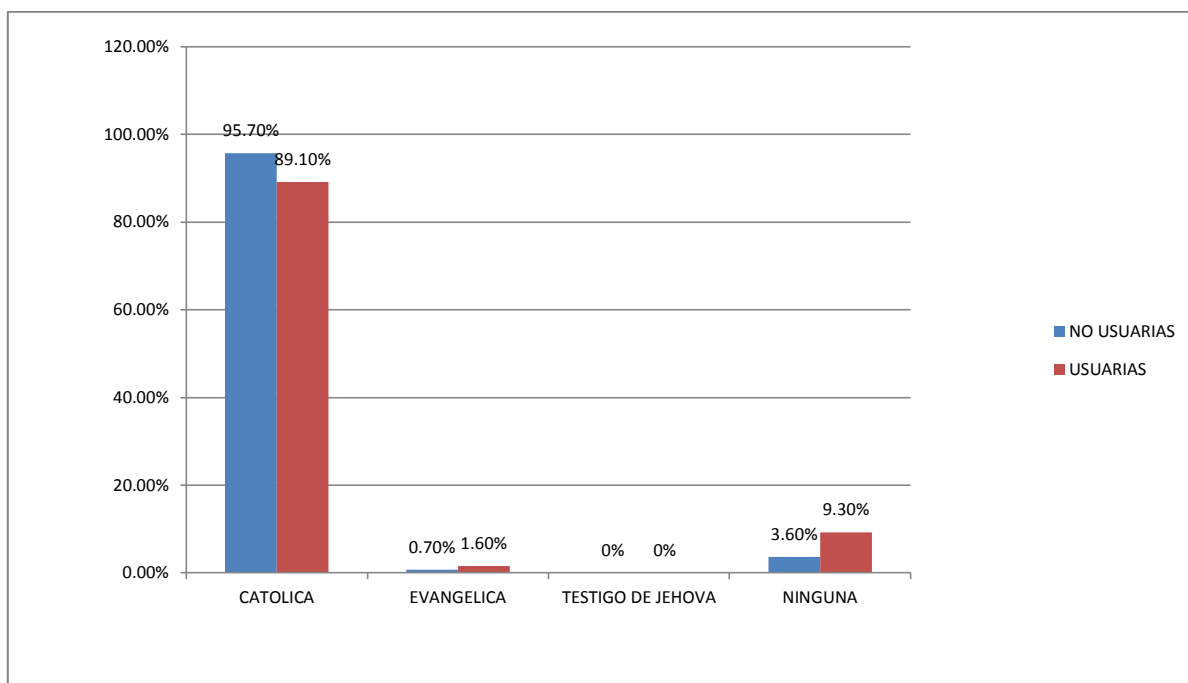
CUADRO N. 14

Religión de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que utilizan un método de planificación familiar.

RELIGION	CATOLICA	EVANGELICA	TESTIGO DE JEHOVA	NINGUNA	TOTAL
NUMERO DE MUJERES USUARIAS	57	1	0	6	64
PORCENTAJE	89.1%	1.6%	0%	9.3%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 10. religión de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente cuadro N.13 y cuadro N.14

CUADRO N. 15

Antecedentes laborales de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que no utilizan un método de planificación familiar.

ANTECEDENTES LABORALES	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	68	73	141
PORCENTAJE	48.2%	51.8%	100%

Fuente cuestionario

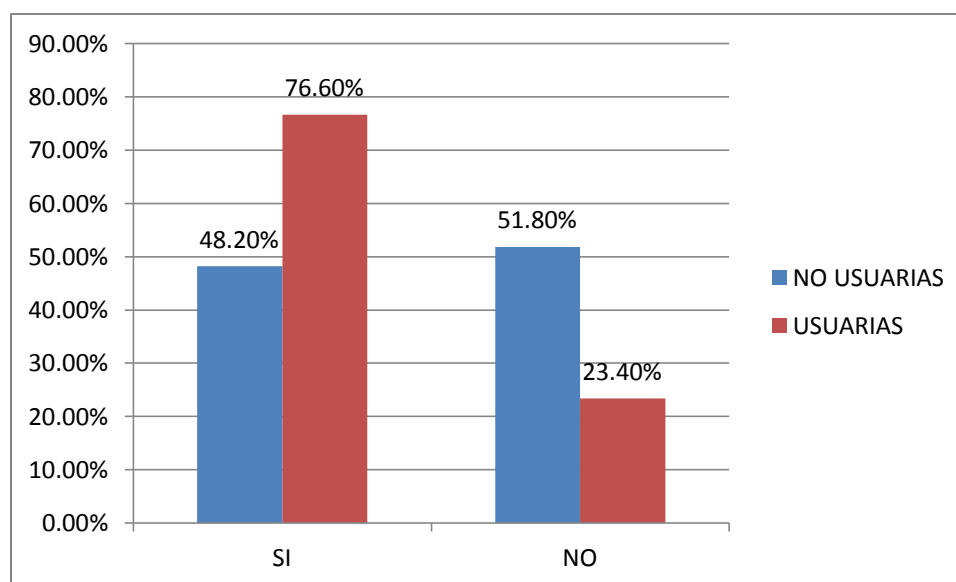
CUADRO N. 16

Antecedentes laborales de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que utilizan un método de planificación familiar.

ANTECEDENTES LABORALES	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	49	15	64
PORCENTAJE	76.6%	23.4%	100%

Fuente cuestionario

Grafica 11. Antecedentes laborales de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil



Fuente cuadro N 15 y cuadro N.16

CUADRO N. 17

Antecedentes de otra residencia en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE OTRA RESIDENCIA	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	15	126	141
PORCENTAJE	10.6%	89.4%	100%

Fuente: cuestionario

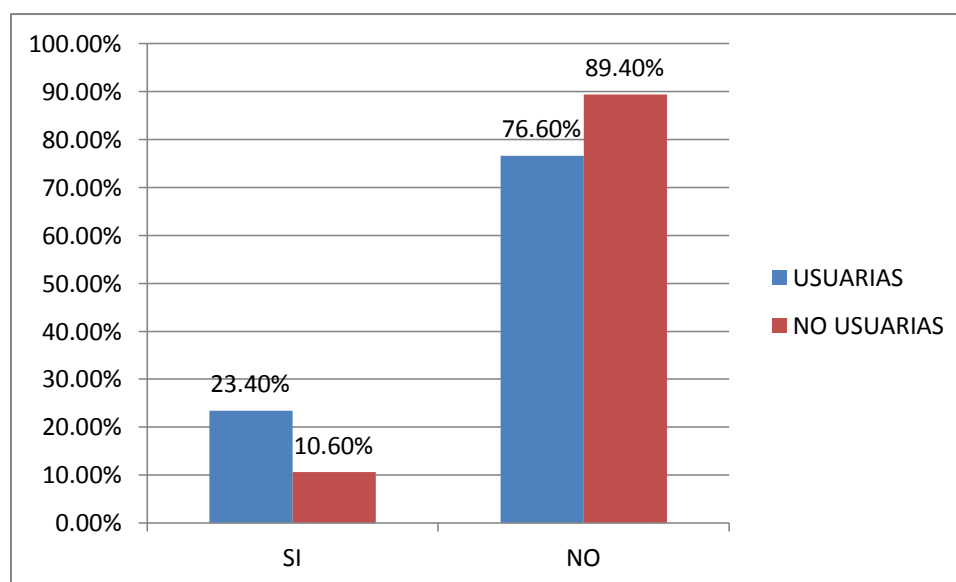
CUADRO N. 18

Antecedentes de otra residencia en las mujeres del programa Desarrollo Humano oportunidades que se encuentran en edad fértil que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE OTRA RESIDENCIA	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	15	49	64
PORCENTAJE	23.4%	76.6%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 12. Antecedentes de otra residencia en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil



Fuente: cuadro N.17 y cuadro N.18.

CUADRO N. 19

Vida sexual activa en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

VIDA SEXUAL ACTIVA	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	54	87	141
PORCENTAJE	38.3%	61.7%	100%

Fuente: cuestionario

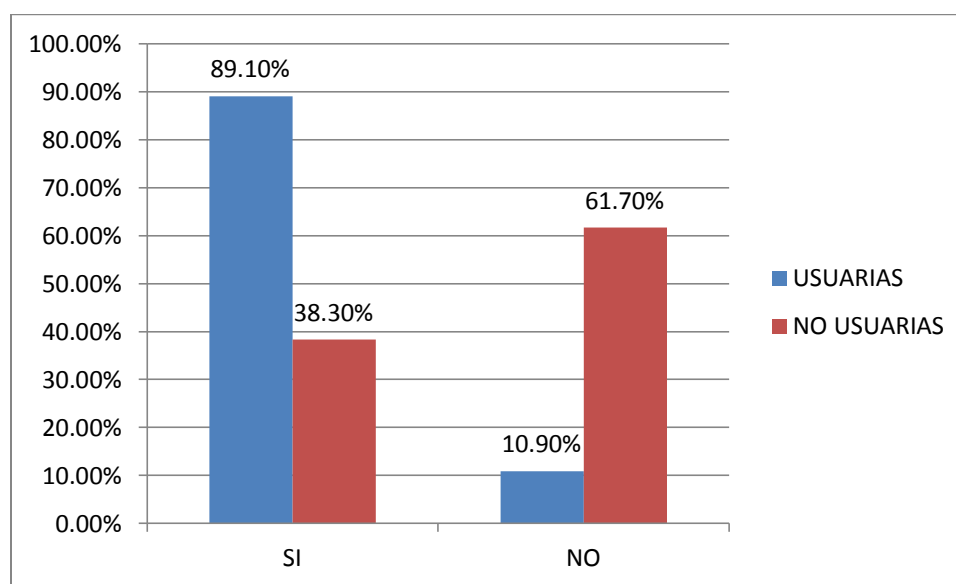
CUADRO N. 20

Vida sexual activa en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

VIDA SEXUAL ACTIVA	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	57	7	64
PORCENTAJE	89.1%	10.9%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 13. Vida sexual activa en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil



Fuente: cuadro N.19 y cuadro N.20

CUADRO N. 21

Antecedentes de control prenatal en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTES DE CONTROL PRENATAL	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	48	13	61
PORCENTAJE	78.7	21.3	100

Fuente: cuestionario

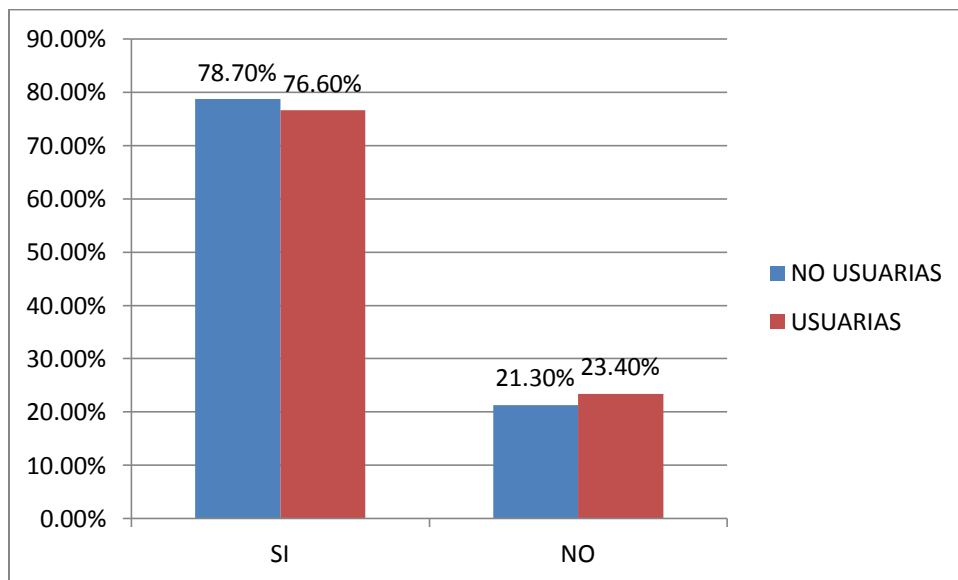
CUADRO N. 22

Antecedentes de control prenatal en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTES DE CONTROL PRENATAL	SI	NO	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	49	15	64
PORCENTAJE	76.6	23.4	100

Fuente: cuestionario

Grafica 14. Antecedentes de control prenatal en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente cuadro N.20 y cuadro N.21

CUADRO N. 22

Edad de primer embarazo en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método de planificación familiar.

EDAD DEL PREIMER EMBARAZO	NO SE HA EMBARAZADO	MENOR A LOS 19 AÑOS	20-35 AÑOS	36 AÑOS Y MAS	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	80	36	24	1	141
PORCENTAJE	56.7	25.5	17	0.8	100

Fuente: cuestionario

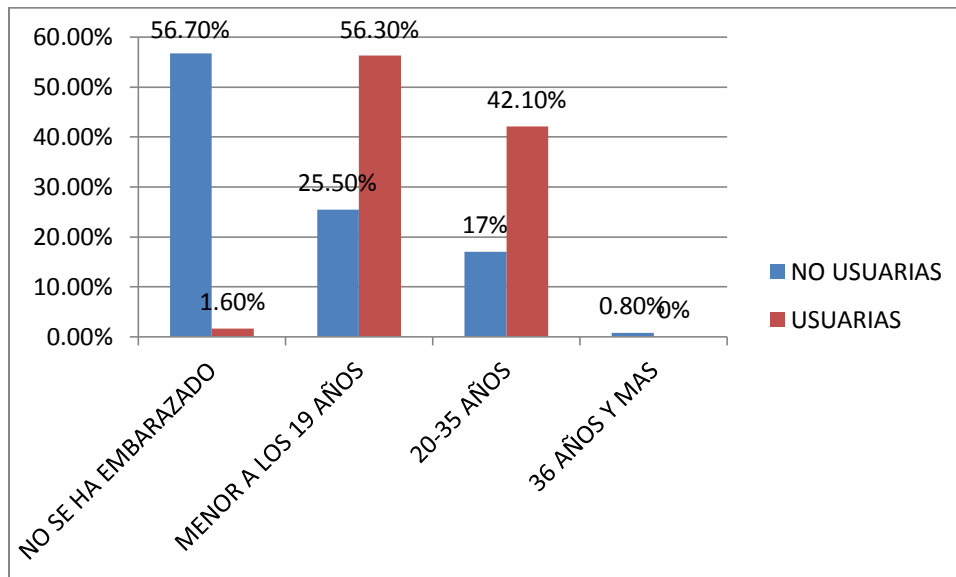
CUADRO N. 23

Edad de primer embarazo en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método de planificación familiar.

EDAD DEL PREIMER EMBARAZO	NO SE HA EMBARAZADO	MENOR A LOS 19 AÑOS	20-35 AÑOS	36 AÑOS Y MAS	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	1	36	27	0	64
PORCENTAJE	1.6	56.3	42.1	0	1

Fuente: cuestionario

Grafica 15. Edad de primer embarazo en las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil



Fuente: cuadro N.22 y cuadro N.23

CUADRO N. 24

Numero de embarazos de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método de planificación familiar.

NUMERO DE EMBARAZOS	NO SE HA EMBARAZADO	2	3 A 4	MAS DE 4	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	80	19	22	20	141
PORCENTAJE	56.7	13.5	15.6	14.2	100

Fuente: cuestionario

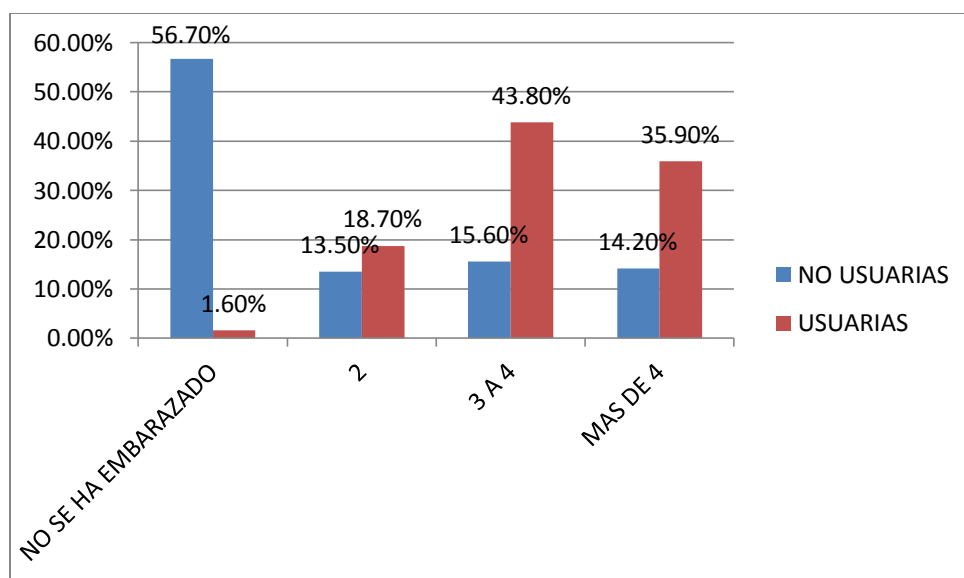
CUADRO N. 25

Numero de embarazos de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método de planificación familiar.

NUMERO DE EMBARAZOS	NO SE HA EMBARAZADO	2	3 A 4	MAS DE 4	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	1	12	28	23	64
PORCENTAJE	1.6	18.7	43.8	35.9	100

Fuente: cuestionario

Grafica 16. Numero de embarazos de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil



Fuente: cuadro N.24 y cuadro N.25

CUADRO N. 26

Numero de partos vaginales de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método de planificación familiar.

NUMERO DE PARTOS VAGINALES	NO SE HA EMBARAZADO	2	3 A 4	MAS DE 4	TOTAL
NUMERO DE NO USUARIAS	80	20	20	21	141
PORCENTAJE	56.7	14.2	14.2	14.9	100

Fuente: cuestionario

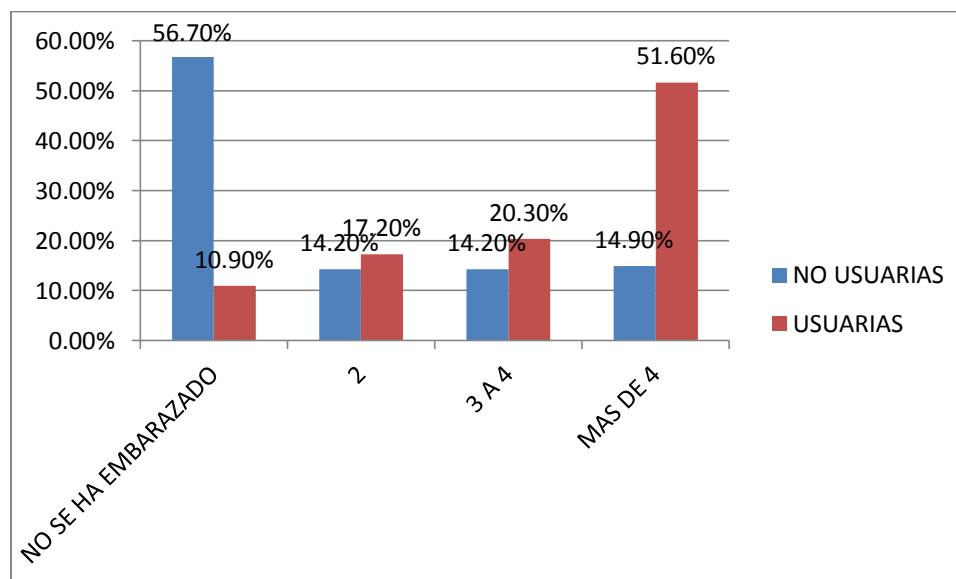
CUADRO N. 27

Numero de partos vaginales de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método de planificación familiar.

NUMERO DE PARTOS VAGINALES	NO SE HA EMBARAZADO	2	3 A 4	MAS DE 4	TOTAL
NUMERO DE USUARIAS	7	11	13	33	64
PORCENTAJE	10.9	17.2	20.3	51.6	100

Fuente: cuestionario

Grafica 17. Numero de partos vaginales de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N.26 y cuadro N. 27

CUADRO N. 28

Antecedentes ginecoobstetricos de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	NORMALES	PATOLOGICOS	TOTAL
MUJERES NO USUSARIAS	96	45	141
PORCENTAJE	68.1	31.9	100

Fuente: cuestionario

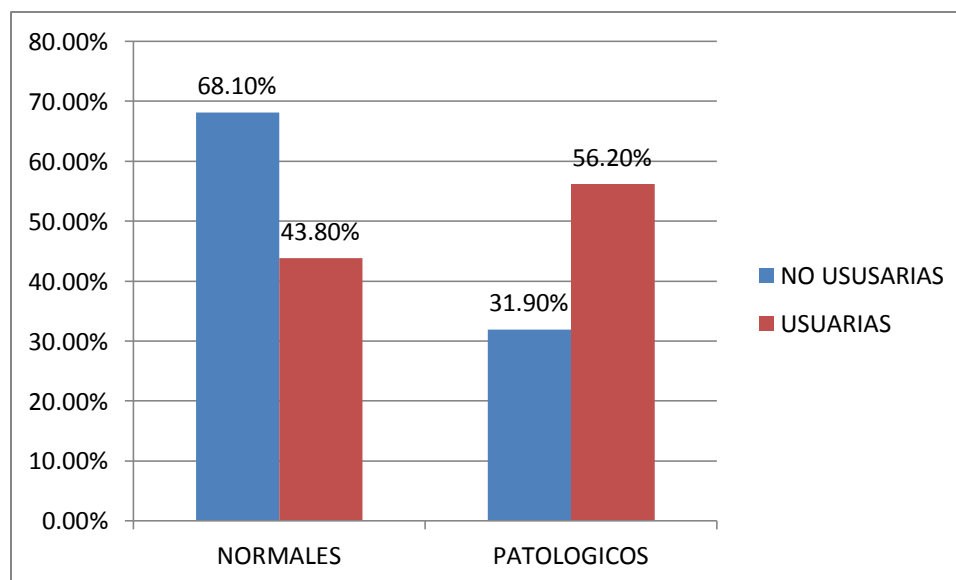
CUADRO N. 29

Antecedentes ginecoobstetricos de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTES GINECOOBSTETRICOS	NORMALES	PATOLOGICOS	TOTAL
MUJERES USUSARIAS	28	36	64
PORCENTAJE	43.8	56.2	100

Fuente: cuestionario

Grafica 18. Antecedentes ginecoobstetricos de las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N.28 y cuadro N. 2

CUADRO N. 30

Antecedente que tienen las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método de planificación familiar de haber egresado del hospital o clínica donde fueron atendidas de un parto con un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE EGRESO HOSPITALARIO CON METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	SI	NO	TOTAL
NO USUARIAS	12	49	61
PORCENTAJE	19.7	80.3	100

Fuente: cuestionario

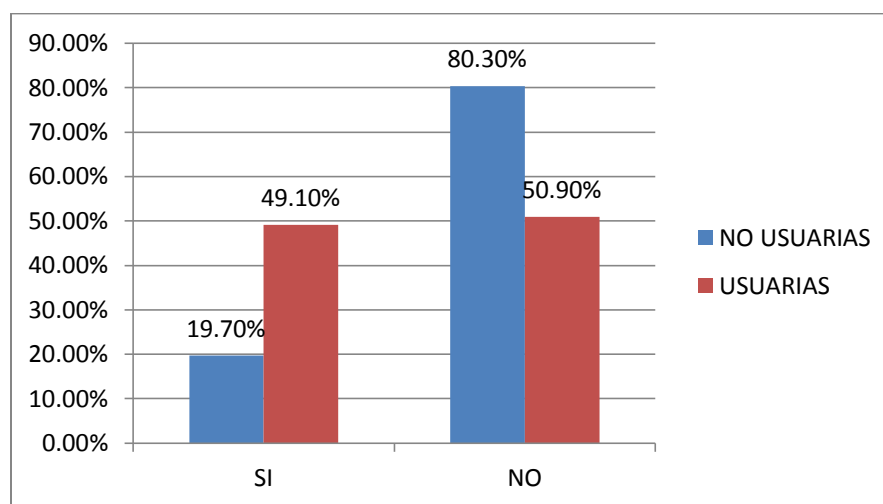
CUADRO N. 31

Antecedente que tienen las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método de planificación familiar de haber egresado del hospital o clínica donde fueron atendidas de un parto con un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE EGRESO HOSPITALARIO CON METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	SI	NO	TOTAL
USUARIAS	28	29	57
PORCENTAJE	49.1	50.1	100

Fuente: cuestionario

Grafica 19. Antecedente que tienen las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, de haber egresado del hospital o clínica donde fueron atendidas de un parto con un método hormonal de planificación familiar.



Fuente cuadro N.30 y cuadro N.31

CUADRO N. 32

Antecedente que tienen las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método hormonal de planificación familiar de haberlo iniciado los 6 meses posteriores a la atención de un parto.

ANTECEDENTE DE INICIO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR LOS 6 MESES POSTERIORES AL PARTO	SI	NO	TOTAL
NO USUARIAS	18	43	61
PORCENTAJE	29.5	70.5	100

Fuente: cuestionario

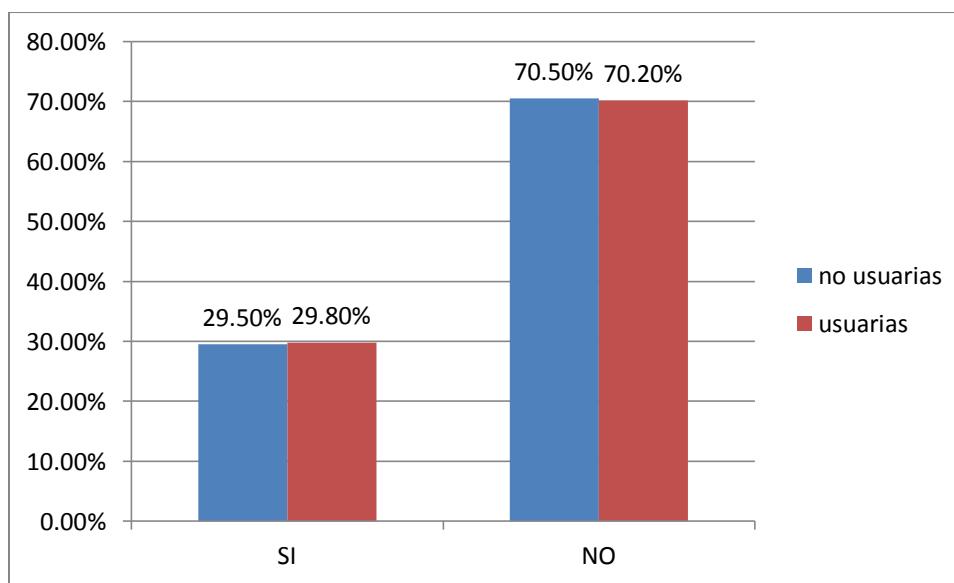
CUADRO N. 33

Antecedente que tienen las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar de haberlo iniciado los 6 meses posteriores a la atención de un parto.

ANTECEDENTE DE INICIO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR LOS 6 MESES POSTERIORES AL PARTO	SI	NO	TOTAL
USUARIAS	17	40	57
PORCENTAJE	29.8	70.2	100

Fuente: cuestionario

Grafica 20. Antecedente que tienen las mujeres del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, de haberlo iniciado los 6 meses posteriores a la atención de un parto.



Fuente cuadro N.32 y cuadro N.33

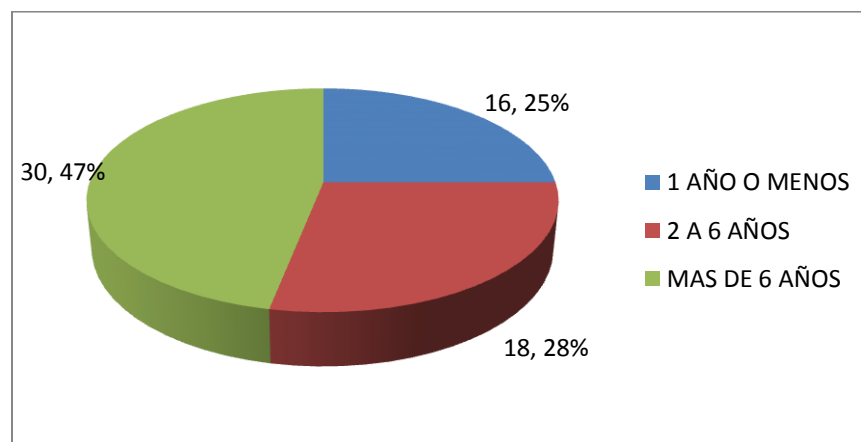
CUADRO N. 34

Tiempo de uso de métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar.

TIEMPO DE USO DE METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR	1 AÑO O MENOS	2 A 6 AÑOS	MAS DE 6 AÑOS	TOTAL
NÚMERO DE USUARIAS	16	18	30	64
PORCENTAJE	25%	28.1%	46.9%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 21. Tiempo de uso de métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método hormonal de planificación familiar.



Fuente cuadro N.34

CUADRO N. 35

Antecedente de cambio de método de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método hormonal de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE CAMBIO DE MÈTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	UNA OCASIÓN	DOS OCASIONES	TRES OCASIONES	TOTAL
MUJERES NO USUARIAS	6	10	1	17
PORCENTAJE	36.3%	58.8%	5.9%	100%

Fuente: cuestionario

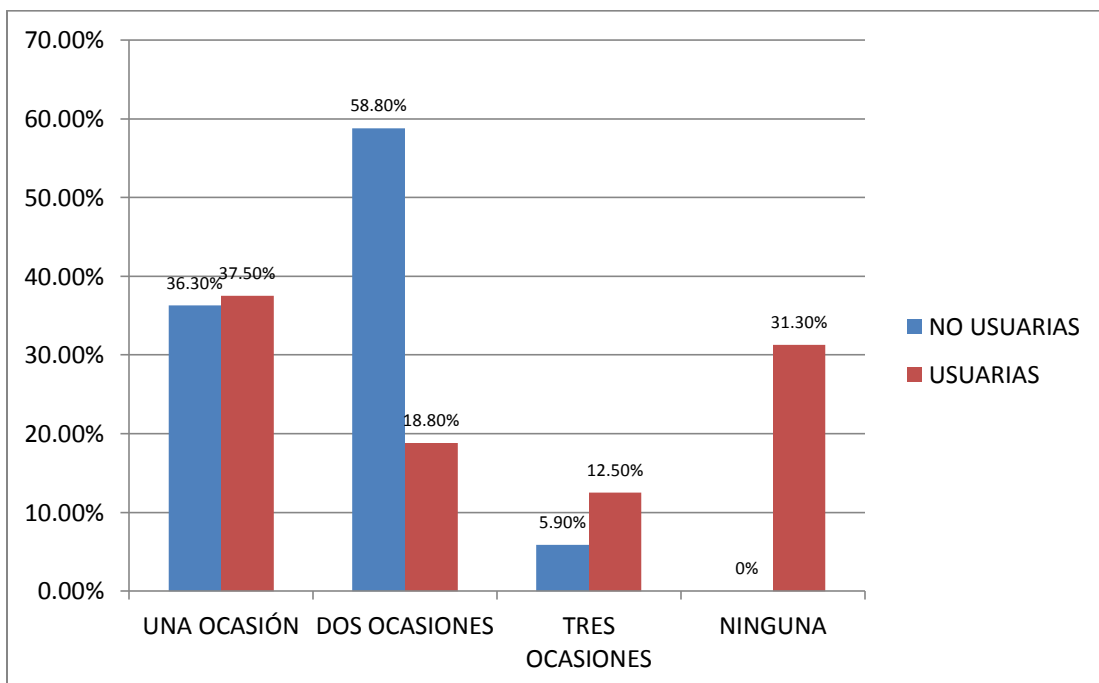
CUADRO N. 36

Antecedente de cambio de método de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE CAMBIO DE MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	UNA OCASIÓN	DOS OCASIONES	TRES OCASIONES	NINGUNA	TOTAL
MUJERES USUARIAS	24	12	8	20	64
PORCENTAJE	37.5%	18.8%	12.5%	31.3%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 22. Antecedente de cambio de método de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil



Fuente cuadro N.35 y cuadro N.36

CUADRO N. 37

Antecedente de baja de método hormonal de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE CAMBIO DE MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	UNA OCASIÓN	DOS OCASIONES	TRES OCASIONES	NINGUNA	TOTAL
MUJERES NO USUARIAS	13	2	2	0	17
PORCENTAJE	76.4%	11.8%	11.8%	0%	100%

Fuente: cuestionario

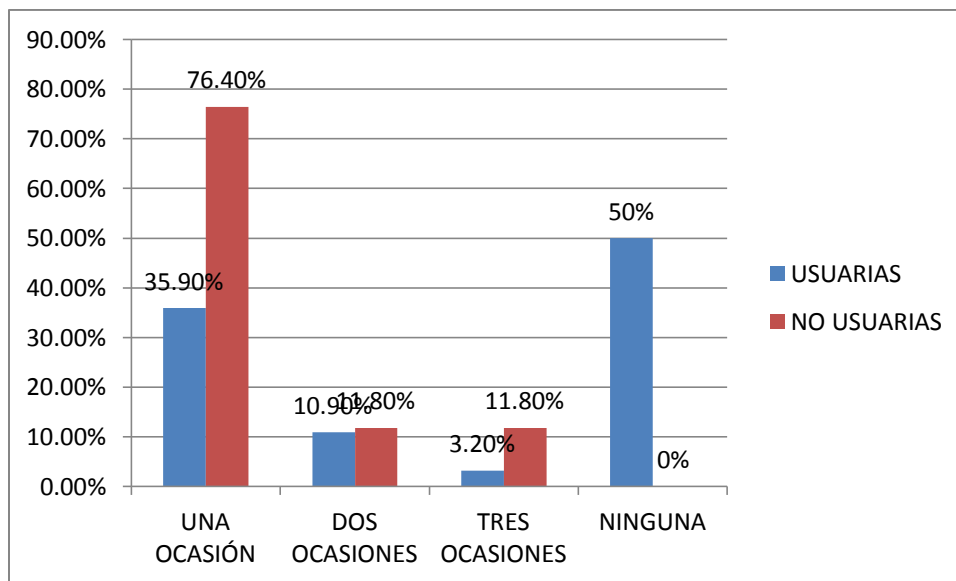
CUADRO N. 38

Antecedente de baja de método hormonal de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que utilizan un método de planificación familiar.

ANTECEDENTE DE CAMBIO DE MÉTODO DE PLANIFICACION FAMILIAR	UNA OCASIÓN	DOS OCASIONES	TRES OCASIONES	NINGUNA	TOTAL
MUJERES USUARIAS	23	7	2	32	64
PORCENTAJE	35.9%	10.9%	3.2%	50%	100%

Fuente: cuestionario

Grafica 23. Antecedente de baja de método de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N.37 y cuadro N.38

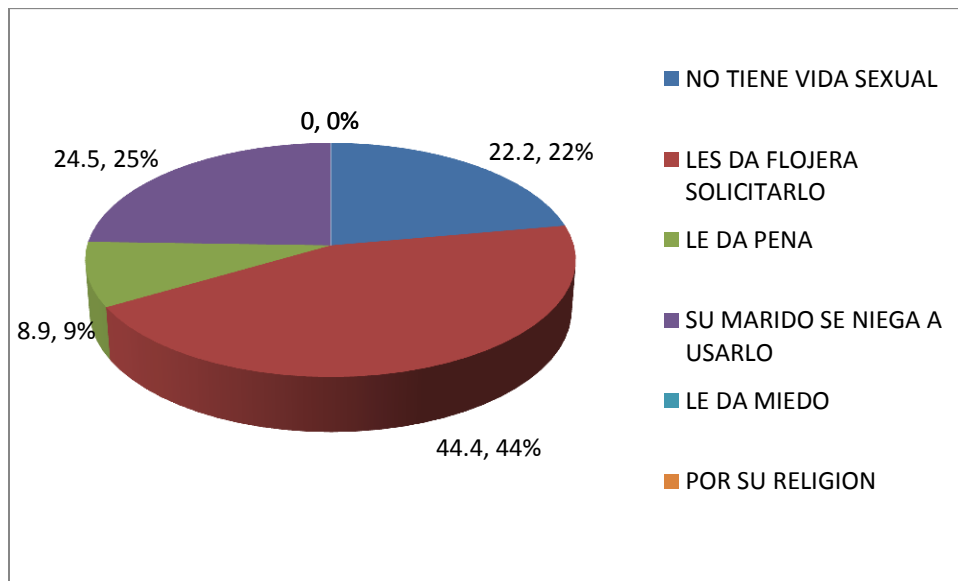
CUADRO N. 39

Causa de no utilización de métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método hormonal de planificación familiar y que han tenido complicaciones ginecobstetricas.

CAUSA	NUMERO DE NO USUARIAS	PORCENTAJE
NO TIENE VIDA SEXUAL	10	22.2
LES DA FLOJERA SOLICITARLO	20	44.4
LE DA PENA	4	8.9
SU MARIDO SE NIEGA A USARLO	11	24.5
LE DA MIEDO	0	0
POR SU RELIGION	0	0
TOTAL	45	100

Fuente: cuestionario

Grafica 24. Causa de no utilización de métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil, que no utilizan un método de planificación familiar y que han tenido complicaciones ginecobstetricas.



Fuente: cuadro N.39

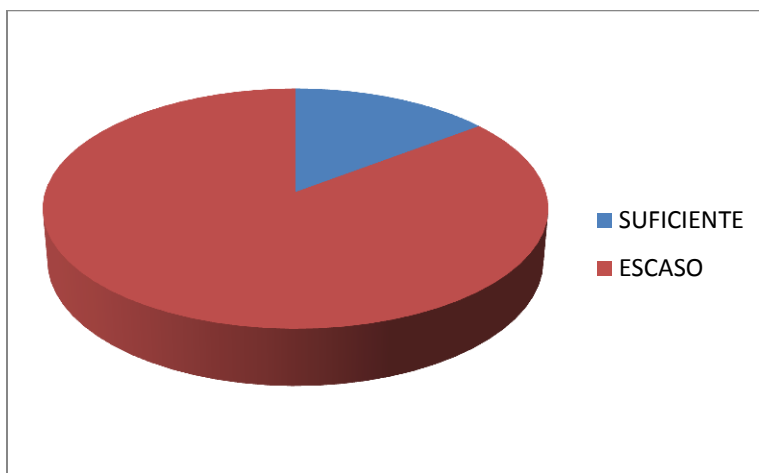
CUADRO N. 40

Nivel de conocimientos de las contraindicaciones de los métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.

CONOCIMIENTO DE LAS CONTRAINDICACIONES	SUFICIENTE	ESCASO	TOTAL
NUMERO DE MUJERES	30	175	205
PORCENTAJE	14.6	85.4	100

Fuente: cuestionario.

Grafica 25. Nivel de conocimientos sobre métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



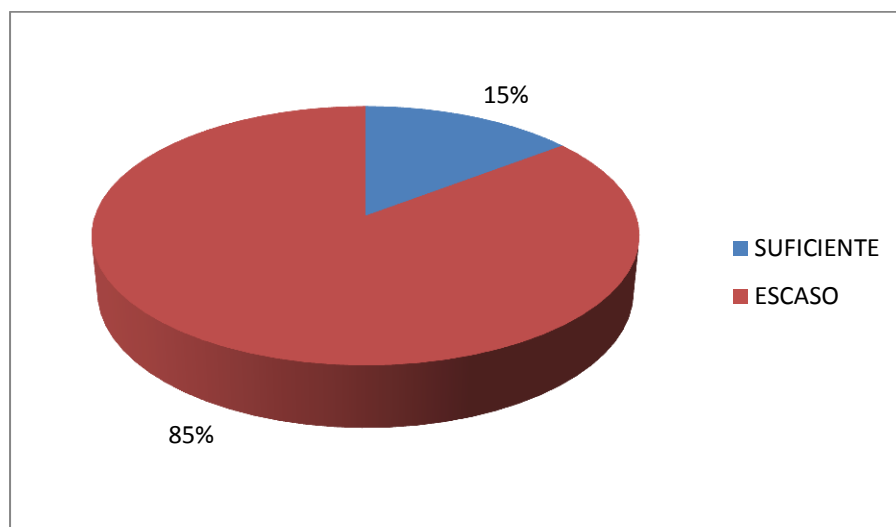
CUADRO N. 42

Conocimiento de las reacciones adversas de los métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.

CONOCIMIENTO DE REACCIONES ADVERSAS	SUFICIENTE	ESCASO	TOTAL
NUMERO DE MUJERES	28	177	205
PORCENTAJE	13.7	86.3	100

Fuente: cuestionario.

Grafica 26. Conocimiento de las reacciones adversas de los métodos hormonales de planificación familiar en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N. 42

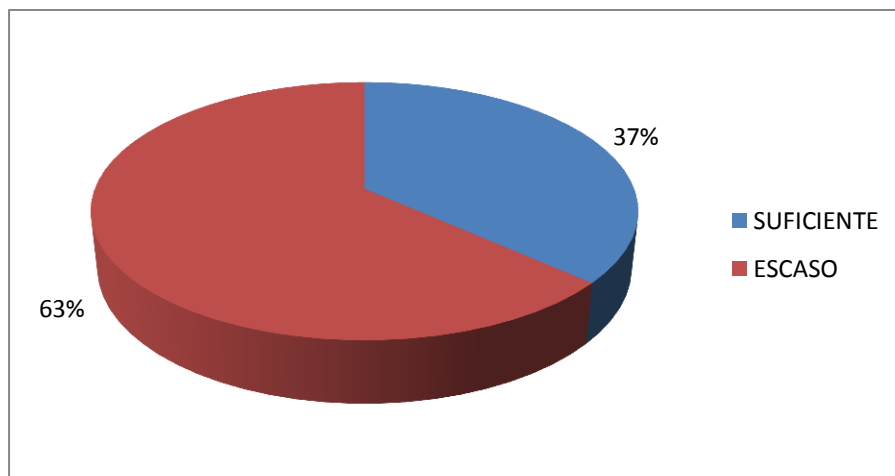
CUADRO N. 43

Conocimiento de las complicaciones que pueden resultar del embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.

CONOCIMIENTO DE COMPLICACIONES	SUFICIENTE	ESCASO	TOTAL
NUMERO DE MUJERES	75	130	205
PORCENTAJE	36.6	63.4	100

Fuente: cuestionario.

Grafica 27. Conocimiento de las complicaciones que pueden resultar del embarazo antes de los 20 y después de los 35 años, en las pacientes del programa Desarrollo Humano Oportunidades que se encuentran en edad fértil.



Fuente: cuadro N. 43

IX. CONCLUSIONES

Con base a los resultados obtenidos, se determina que el factor sociocultural que más influye en la decisión de usar un método hormonal de planificación familiar, es el analfabetismo, ya que dentro de los datos graficados el que tuvo mayor diferencia entre las pacientes que usan un método hormonal anticonceptivo

El 69% de las mujeres en edad fértil inscritas en el programa Desarrollo Humano Oportunidades que fueron encuestadas no usan un método de planificación familiar.

Las tres principales razones de no utilización de métodos de planificación familiar son, en orden decreciente: no tener vida sexual activa, flojera y negativa del marido a la utilización de métodos de planificación familiar.

Las causas principales de no utilización de método de planificación familiar por grupo de edad son: en el grupo de 12 a 19 años es no tener vida sexual activa, en el grupo de 20 a 35 años es la flojera y en el grupo de 36 a 49 años es no tener vida sexual activa.

Las principales características que difieren a las mujeres usuarias y no usuarias de métodos de planificación familiar fueron: la edad, estado civil, antecedente laboral, vida sexual activa, el antecedente de embarazo y el antecedente de complicaciones obstétricas, el antecedente de cambio de método de planificación familiar y el antecedente de baja de método anticonceptivo.

La causa principal por la cual las mujeres que han tenido alguna complicación obstétrica y no han utilizado un método de planificación familiar es la flojera, como causas que le siguen son: negativa del marido para utilizar el método de planificación familiar y no tener vida sexual activa.

El nivel de conocimiento de los tipos de métodos de planificación familiar es bueno.

El nivel de conocimiento de las contraindicaciones de los métodos de planificación familiar es inadecuado.

El nivel de conocimiento de las reacciones adversas de los métodos de planificación familiares regular.

El nivel de conocimiento de las complicaciones de un embarazo antes de los 20 años y después de los 35 años de edad es bueno.

Podemos aseverar que la alta emigración de hombres de la comunidad es una de las principales causas por las cuales las pacientes no estén usando métodos anticonceptivos, ya que hay un alto porcentaje de mujeres casadas sin vida sexual activa.

Es importante mencionar que la alta influencia que tiene el marido en la utilización de un método de planificación familiar, hace que las mujeres no utilicen anticonceptivos.

X. RECOMENDACIONES

Platicar con las mujeres para hacerles saber la importancia de continuar la utilización de un método de planificación familiar después de la inmigración de sus maridos, ya que ellas no prevén un embarazo posterior y puede ser la causa de embarazo de alto riesgo en mujeres añosas.

Como una de las principales causas de no uso de métodos de planificación familiar es la flojera, se debe platicar con las mujeres la facilidad con la que se puede adquirir el método e implementar estrategias para facilitar mas el acceso a los anticonceptivos de las mujeres que ya son usuarias para que no lo abandonen.

BIBLIOGRAFIA

1. Núñez RM Embarazo no deseado en adolescentes, y utilización de métodos anticonceptivos posparto. *Salud Publica Mex* 2003; 45(1):92-102.
2. Secretaria de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM de los Servicios de Planificación Familiar. México. 1994. NOM-005 SSA 2-1993
3. Medina-Arreguin R. Factores que contribuyen a la utilización de métodos de planificación familiar por mujeres en edada reproductiva. *Archivos de Medicina Familiar* 2004; 6(1):8-10.
4. Baron R. *Psicología*. México. Prentice Hall; 1996. . 131-133.
5. Feldman R. *Psicología*. México. Mc Graw Hill; 1999. P. 646
6. Maltin W, Foley Hugh J. *Sensación y Percepción*. México. Prentice Hall, 1996. p. 554.
7. Velasco-Murillo V. *Salud Reproductiva*. *Encoprevenimss* 2003; 44(3):80-84.
8. Peña JV. Historia de la anticoncepción. *A Tu Salud* 2007; 44(3):80-84
9. Acevedo-Galindo I. Perfil de la mujer usuaria y no usuaria de método anticonceptivo y causas de no utilización. *Archivos de Medicina Familiar* 2005; 7(2):54-56.
10. Hernandez-Valencia m y cols. Selección del método no quirúrgico de planificación familiar para establecer el periodo intergenesico. *Acta Médica de México* 2004; 2(2):93-97.
11. Dirección General de Salud Reproductiva. *Manual de Atención de embarazo saludable parto y puerperio seguros, recién nacido sano*. 3ª ed. México. Secretaria de Salud. 2002. pp. 14-15.
12. James RS. *Tratamiento de Ginecología y Obstetricia*. Danforth. 9ª ed. México. Mc Graw Hill, 2002pp 571-572.
13. S. Berek J. Novak *Ginecología* 13ª ed. Mexico. Mc Graw Hill, 2002 pp. 193-194
14. Helen LF y cols. *Secretos de la Ginecobstetricia*. 2ª ed. México. Mc Graw Hill Interamericana, 1999 pp. 74-75.
15. Mtawali g y cols. *El ciclo menstrual y su relación con los métodos anticonceptivos*. Instituto nacional de Program for International Training in Health. 1998 USA pp.1-90.
16. World Health Organization. *Facts about once-a-month injectable contraceptives: memorandum from a WHO meeting*. *Bulletin of the World Health Organization* 1993;71(6).677-89.
17. Reyes JM y col. *Implantes Subdermicos en la Consulta de Planificación Familiar: Experiencia de cuatro años*. *Medicentro* 2003;7 (4):2-5.
18. Botero UJ y col. *Obstetricia y ginecología*. 6ª ed. México. Universidad de Antioquia. 2000pp. 372-384
19. Canto de cetina Te y col. *Prevalencia de vaginosis bacteriana en un grupo de mujeres de una clínica de planificación familiar*. *Gac Med México*. 2002; 138(1):25-30.
20. J. Gonzalez merlo. *Ginecología*. 8ª ed. España. Masson. 2003pp. 627
21. Benson RC y col. *Manual de obstetricia y ginecología*. 9ª ed. España. Mc Graw Hill Interamericana. P.662.
22. 22. Wilson JR y col. *Ginecobstetricia*. 1ª ed. México. Manual Moderno. 1991 p. 204.

